



ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA  
DELEGACION SAN LUIS POTOSI  
INCORPORADA A LA UNAM  
CLAVE 8715/12

PROCESO DE ENFERMERIA APLICADO A UN PACIENTE ADULTO CON  
DIAGNOSTICO DE NEUMONIA ATIPICA.

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA  
LUIS FERNANDO ROJAS LOPEZ

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.



ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA  
DELEGACION SAN LUIS POTOSI  
INCORPORADA A LA UNAM  
CLAVE 8715/12

PROCESO DE ENFERMERIA APLICADO A UN PACIENTE ADULTO CON  
DIAGNOSTICO DE NEUMONIA ATIPICA.

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
PRESENTA

LUIS FERNANDO ROJAS LOPEZ

TUTORA:  
ME y AS. RITA DE GPE. MARTÍNEZ ROCHA

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



**ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA  
DELEGACION SAN LUIS POTOSI  
INCORPORADA A LA UNAM  
CLAVE 8715/12**



**CARTA DE ACEPTACION DEFINITIVA DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO  
PARA LA TITULACION DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y  
OBSTETRICIA**

Los suscritos miembros del proceso de titulación de

**LUIS FERNANDO ROJAS LOPEZ**

Hacemos constar que hemos evaluado y aprobado el trabajo.

Proceso de enfermería aplicado en un paciente adulto con diagnóstico de  
neumonía atípica.

En vista de lo cual extendemos nuestra autorización para que dicho trabajo sea  
sustentado en examen de grado de licenciatura en enfermería.

\_\_\_\_\_  
ME y AS. RITA DE GPE. MARTÍNEZ ROCHA  
Tutora

\_\_\_\_\_  
ME y AS. CLARA ELENA INFANTE GRANJA  
Presidenta

\_\_\_\_\_  
L.E.O. Luz Esperanza Hernández Terrazas  
Secretario

\_\_\_\_\_  
L.E.O. Agripina García Gutiérrez  
Vocal

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021

## INDICE

I.RESUMEN DEL TRABAJO.....	2
II. INTRODUCCION.....	3
III.JUSTIFICACION.....	5
IV. OBJETIVOS.....	6
V. MARCO TEORICO	7
5.1. ENFERMERIA COMO PROFESION DICIPLINARIA.....	7
5.2 EL CUIDADO COMO OBJETO.....	8
5.3. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.....	8
5.4. MODELO TEORICO UTILIZADO PARA LA ELABORACION DEL PCE.....	10
5.2.1. ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL MODELO UTILIZADO.....	11
5.5. ETAPAS DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO.....	19
5.5.1 VALORACION.....	21
5.5.2. DIAGNOSTICO.....	25
5.5.3. PLANEACION.....	26
5.5.4. IMPLEMENTACION.....	28
5.5.5EVALUACION.....	29
5.5.6. PROBLEMÁTICA DE SALUD.....	31
VI. RESUMEN DE CASO CLINICO.....	43
6.1 VALORACION CLINICA DELSUJETO DEL CUIDADO.....	43
6.2 PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO.....	48
VII. PLAN DE ALTA.....	58
VIII.CONCLUSIONES.....	60
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	61
GLOSARIO DE TERMINOS.....	65
ANEXOS	

## **I.RESUMEN.**

**Introducción** La neumonía es la infección del parénquima pulmonar, tiene alta morbilidad y mortalidad, en México es la novena causa de mortalidad en todos los grupos etarios, pero es la cuarta en menores de 1 a 5 años, y la séptima en mayores de 65 años.

**Objetivo** Aplicar el proceso de atención de enfermería a un paciente con neumonía atípica con la finalidad de colaborar en su recuperación.

**Metodología** Se empleó el proceso de enfermería a través del uso de las taxonomías de la NANDA, NOC y NIC mediante el método de estudio de caso dirigido a un paciente con neumonía, integrando el meta paradigmas de la teoría de Dorothea Orem.

**Conclusiones** La aplicación del proceso de enfermería y recursos complementarios permitieron que se obtuvieran diagnósticos más precisos, su jerarquización y el desarrollo del juicio terapéutico al intervenir.

**Palabras clave:** Proceso de atención de enfermería, neumonía atípica, cuidado enfermero, autocuidado.

## II. INTRODUCCION

La neumonía bacteriana es una infección que se manifiesta en uno de los pulmones o en ambos. Las bacterias hacen que los sacos de aire de los pulmones (alvéolos) se inflamen y se llenen de pus, líquido y desechos celulares. Esto a menudo afecta la capacidad del organismo para intercambiar oxígeno y dióxido de carbono (Torres, Gil, Pérez, Pacho, Mateo, Casademont; et al ;2017).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS por sus siglas), la neumonía es un tipo de infección respiratoria aguda que afecta a los pulmones, a través de: virus, bacterias y hongos que causan la neumonía y las causas comunes de neumonía viral son: la influenza, el virus respiratorio sincitial (RSV) y el SARS-CoV-2 (que es el virus que causa el COVID-19). Y una causa común de neumonía bacteriana es el neumococo.

En el mundo según Our World in Data, en el 2017, 2.56 millones de personas murieron por neumonía. De estas, casi un tercio de las víctimas fueron niños menores de cinco años, lo que hace que esta enfermedad sea la principal causa de muerte de esta población (15% de todas las muertes en el 2017).

En México es la novena causa de mortalidad en todos los grupos etarios, pero es la cuarta en menores de 1 a 5 años, y la séptima en mayores de 65 años; este padecimiento se encuentra entre las primeras 20 causas de muerte. La neumonía con frecuencia se puede prevenir y por lo general se puede tratar si se detecta oportunamente.

Hay pocos estudios poblacionales que evalúan su incidencia, pero se estima que puede oscilar entre 1,6 y 13,4 casos por 1.000 habitantes/año, dependiendo del área geográfica analizada, y con cifras más elevadas en varones y en grupos de edad en ambos extremos de la vida. Esta incidencia aumenta con la edad y las comorbilidades (Torres, 2013, citado por IMSS, 2017).

El 40% de los pacientes con NAC requieren ingreso hospitalario y alrededor del 10% necesitan ser admitidos en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Poco se ha explorado sobre la carga económica y socio sanitaria de esta enfermedad, ya que

los datos varían ampliamente dependiendo del tipo de población, ámbito de diagnóstico, zona geográfica y el diseño del estudio consultado.

La NAC y en particular la NAC neumocócica es asociada con un significativo impacto clínico y económico, especialmente en pacientes hospitalizados y con patología crónica asociada.

El cuidado en enfermería requiere la aplicación del pensamiento crítico, así como el desarrollo de competencias técnicas de muy alto nivel a la par del desarrollo de una gran sensibilidad para el trato humano de los individuos que se encuentran en situaciones de salud-enfermedad.

El estudio y la aplicación de los metapadigmas de enfermería (persona, entorno, salud, cuidado), los elementos conceptuales, filosóficos, y los principios que han orientado a la profesión son esenciales para la comprensión de la naturaleza de los cuidados enfermeros, con el propósito de descubrir la riqueza de un pensamiento no reconocido aun en los servicios de salud y por las mismas enfermeras (Kérouac, 1996).

El presente proceso cuidado enfermero (PCE) está dirigido a un paciente de neumonía atípica, en específico a un adulto mayor, como soporte al trabajo se integraron los siguientes temas como marco referencial: enfermería como profesión disciplinaria, el cuidado como objeto del estudio, proceso de atención de enfermería, modelo utilizado para la elaboración y etapas del proceso cuidado enfermero.

### **III. JUSTIFICACION**

La neumonía es una de las principales entidades responsables de hospitalización y es la principal causa de muerte en mayores de 60 años de edad, en base a lo anterior destaca la importancia que tiene el cuidado enfermero en este tipo de pacientes.

Al respecto el proyecto de Norma Oficial Mexicana 024-SSA-1994 Para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas en la atención primaria a la salud señala que en materia de control comprende la identificación de casos, diagnóstico su manejo y tratamiento oportuno, este trabajo atiende estas recomendaciones (Diario Oficial de la Federación, 2001).

La novedad que este trabajo ofrece consiste en la integración de la teoría del déficit de autocuidado Dorothea E. Orem al cuidado proporcionado al paciente adulto mayor que presenta neumonía dadas sus características y requisitos de autocuidado.

La aplicación del proceso cuidado enfermero permite contribuir a la mejoría del paciente y un mejor pronóstico del mismo mediante la individualización del cuidado a partir de lo observado en la valoración la cual se realizó mediante el modelo de Gordon.

El presente trabajo se considera viable de desarrollarse tal y como se plantea ya que se cuenta con el tiempo, los recursos y el sustento teórico y práctico del autor.

## **IV. OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo general**

Aplicar un proceso cuidado enfermero a un adulto mayor de 60 años que presenta neumonía atípica, mediante el método de estudio de caso a fin de brindar cuidados individualizados, de calidad y con sentido humanista.

### **4.2 Objetivos Específicos**

1. Aplicar los principales elementos de la teoría del déficit del autocuidado de Dorothea E. Orem.
2. Realizar una revisión integral de la literatura como marco referencial acerca de los antecedentes del cuidado y los aspectos fisiopatológicos de la neumonía.
3. Diseñar un plan de alta específico para el paciente con neumonía atípica

## **V. MARCO TEORICO**

### **5.1 ENFERMERIA COMO PROFESION DISCIPLINARIA**

Enfermería como disciplina científica, integrada por ciencia y profesión, está compuesta por conocimientos que se aplican a partir de una forma particular de ver una situación y de la relación sujeto-objeto que permiten desarrollar su práctica. Esta condición lleva a reflexionar sobre los fundamentos que la respaldan como una disciplina social. Enfermería entrelaza pasado, presente y futuro.

Históricamente se ha demarcado como una práctica caracterizada por la feminización de la profesión, la supeditación del desempeño a la enseñanza e indicación médica y anclaje por al modelo biomédico centrado en enfermedad. Para definir Enfermería como una disciplina social, algunos muros deben ser derribados: comunicar y divulgar; interrelación práctica y conocimientos; interrelación con otras disciplinas; necesidad de que el objeto central para la disciplina sea unificado, desde el conocimiento construido, ir más allá de la práctica y reflexionar sobre la palabra cuidado.

Las investigaciones evidencian como preponderante las relaciones que establece Enfermería con las personas en todos los ámbitos de acción (Vílchez Barboza. 2016).

Hablar de la Enfermería (como profesión), siempre ha provocado la admiración hacia las personas que orientan sus esfuerzos, hacia un importante acompañamiento en los procesos del cuidado y la preservación de la salud humana. La enfermería es una profesión que desarrolla la práctica del cuidado en las necesidades de salud de los individuos y de la sociedad, a través del conocimiento y la aplicación de la ciencia, la tecnología y la metodología terapéutica (UNAM, 2018).

Esta profesión, siempre ha perseguido el objetivo de la promoción de la salud, la innovación a partir de la investigación documental y clínica; lo cual nos habla de una carrera que incentiva la superación y aprendizaje constante en pro del mejoramiento de los Seres Humanos (finalidad que, ya de por sí es loable).

## **5.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DEL ESTUDIO**

El cuidado profesional lo conceptualizan como el cuidado de la vida de las personas que solicitan sus servicios. Con ello, el hacer de la enfermera viene a ser un acto profesional y no un acto de buenas intenciones, con la obligación de asumir conductas de cuidado, que con lleva principios y normas establecidas por la disciplina. Las enfermeras entienden que se requiere de conocimientos constantes. La conceptualización del cuidado profesional que se apoya en la práctica, ofrece un acercamiento a la construcción de la Ciencia de la Enfermería (García Hernández, 2011).

Las disciplinas profesionales representan, en general, ciencias aplicadas más que puras. Se sustentan en las ciencias básicas para derivar de ellas su conocimiento con el fin de lograr utilidad social. Sin embargo, son ciencias y tienen interés en la sistematización y expansión del conocimiento. Estas características tienen implicación directa para el desarrollo de la ciencia de la enfermería (Johnson, 1959).

Al estudiar el origen del conocimiento en enfermería se puede afirmar, por extensión, que este se remonta a los tiempos en que tanto la explicación de lo desconocido por la creencia en seres sobrenaturales, como la observación de ciertos sucesos de la naturaleza, así como fue el de las plantas animales para explicarlos primeros cuidados, con respecto a lo que hoy se puede denominar enfermería, medicina y cirugía primitivas son los "modos de conocer" comunes en todas las ciencias.

## **5.3 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA**

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. 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 Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución ) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro

(valoración, planificación, realización y evaluación ) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. 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, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona la familia y el entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores

Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como guía para el cuidado, se aplica desde que inicia la formación académica. Comprender el significado que tiene para estudiantes del último curso permite visualizar la importancia y dificultades que se presentan en su aplicación, para proponer estrategias que fortalezcan la calidad educativa.

## **5.4 LA TEORÍA DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: DOROTHEA ELIZABETH OREM**

Dorothea Elizabeth Orem fue una de las enfermeras teóricas estadounidenses más destacadas. Fue una teórica de la enfermería Moderna y creadora de la Teoría enfermera del déficit de autocuidado, conocida también como Modelo de Orem.

Esta teoría sugiere que la enfermería es una acción humana articulada en sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras a través del ejercicio de ser una actividad profesional ante personas con limitaciones de la salud o relacionadas con ella, que plantean problemas de autocuidado o de cuidado dependiente.

La enfermería como ciencia se ocupa en ayudar a las personas a satisfacer las necesidades básicas cuando no pueden hacerlo solas, por estar enfermas o por carecer del conocimiento, habilidad o motivación necesaria.

La inserción en los programas de estudio de enfermería, las teóricas y sus postulados han hecho posible que se incremente el pensamiento científico sobre los problemas del cuidado.

El fenómeno del autocuidado no quedó exento de estos estudios, lo que demuestra que se hace necesario la aplicación de esta teoría, para el logro de mejores niveles de satisfacción en este ámbito, la observación y evaluación constante de la calidad de los servicios de enfermería, da la medida de la importancia de establecer pautas o sistemas que refuercen científicamente el trabajo de la enfermera sobre el déficit de autocuidado (Naranjo Y Concepción, & Rodríguez., 2017).

Dorothea E. Orem, dio a conocer su modelo de autocuidado de Enfermería y menciona el trabajo de otras autoras que han contribuido a las bases teóricas de la Enfermería, entre ellas Faye Glenn Abdella, Virginia Henderson, Dorothy E. Johnson Imogene King Levine, Florence Nigthingale, Ida Jean Orlando, Hildegard E. Peplau, Martha E. Rogers, Sor Callista Roy y Virginia Wiedenbach.

Esta teórica presenta su Teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería (Clarke, Allison, Berbiglia, Taylor SG 2014).

#### **5.4.1 ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL MODELO UTILIZADO**

La teoría del autocuidado

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E Orem en 1969, el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar (De Olivera, Araujo. 2014).

Estableció la teoría del déficit de autocuidado como un modelo general compuesto por tres teorías relacionadas entre sí. La teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería, como un marco de referencia para la práctica, la educación y la gestión de la enfermería (Clarke, Allison SE 2014).

La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorotea E Orem propone a este respecto tres tipos de requisitos:

Requisito de autocuidado universal.

Requisito de autocuidado del desarrollo

Requisito de autocuidado de desviación de la salud.

Los requisitos de autocuidado de desviación de la salud, son la razón u objetivo de las acciones de autocuidado que realiza el paciente con incapacidad o enfermedad crónica (Raimondo, Fegadoli 2014).

Factores condicionantes básicos: son los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado. También afectan al tipo y cantidad de autocuidado requerido, se denominan factores condicionantes básicos Dorothea E. Orem en 1993 identifica diez variables agrupadas dentro de este concepto: edad, sexo ,estado redesarrollo estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida ,factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos.

Pueden ser seleccionadas para los propósitos específicos de cada estudio en particular ya que de acuerdo a sus supuestos, deben estar relacionadas con el fenómeno de interés que se pretende investigar (Martins A, Galvao Moreira D 2016).

Salcedo-Álvarez y colaboradores plantean que el eje fundamental de la enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta es eliminar este, de tal forma que se cubran los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y se limiten las desviaciones en la salud.

Según lo antes expuesto se puede asumir el autocuidado como la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud.

Autores como Benavent, Ferrer plantean que la teoría de Dorothea E Orem "Déficit de autocuidado " es una de la más estudiada y validada en la práctica de enfermería por la amplia visión de la asistencia de salud en los diferentes contextos que se desempeña este profesional, ya que logra estructurar los sistemas de enfermería en relación con las necesidades de autocuidado.

Dorothea E Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

**Persona:** Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

**Salud:** La salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.

**Enfermería:** Servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Aunque no lo define entorno como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.

Miriam Paula Marcos Espino en su artículo expone la importancia de conocer por los enfermeros(as) estos conceptos pues, permiten definir los cuidados de enfermería con el fin de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

Así mismo, coincidimos con las definiciones elaboradas por Dorothea E Orem pues la persona debe ser vista holísticamente desde el punto de vista biológico, psicológico y social.

La teoría del déficit de autocuidado.

La teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto.

Los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno. Pero pueden darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería.

Dorothea E Orem usa la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado.

La agencia de autocuidado es la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado. Los individuos que saben satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado. En otros, la agencia de autocuidado está aún desarrollándose, como en los niños. Otros individuos pueden tener una agencia de autocuidado desarrollada que no funciona. Por ejemplo, cuando el temor y la ansiedad impiden la búsqueda de ayuda, aunque la persona sepa que la necesita:

El cuidar de uno mismo: es el proceso de autocuidado se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud. Esta toma de conciencia requiere en sí misma el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y de conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, en el cual debe de existir el deseo y el compromiso de continuar con el plan.

Limitaciones del cuidado: son las barreras o limitaciones para el autocuidado que son posible, cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí misma y quizás no tenga deseos de adquirirlos. Puede presentar dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuándo es el momento de buscar ayuda y consejo de otros.

El aprendizaje del autocuidado: el aprendizaje del autocuidado y de su mantenimiento continuo son funciones humanas. Los requisitos centrales para el autocuidado con el aprendizaje y el uso del conocimiento para la realización de secuencias de acciones de autocuidado orientadas internas y externamente. Si una acción de autocuidado es interna o externa en su orientación puede determinarse mediante la observación, obteniendo datos subjetivos del agente de autocuidado o de ambas maneras (Backes, Erdmann, Büscher. 2010).

Las acciones de autocuidado interna y externamente orientadas proporcionan un índice general sobre la validez de los métodos de ayuda. Las 4 acciones de autocuidado orientadas externamente son:

- Secuencia de acción de búsqueda de conocimientos.
- Secuencia de acción de búsqueda de ayuda y de recursos.
- Acciones expresivas interpersonales.
- Secuencia de acción para controlar factores externos.
- Los dos tipos de acciones de autocuidado orientadas internamente son:
- Secuencia de acción de recursos para controlar los factores internos.
- Secuencia de acción para controlarse uno mismo (pensamientos, sentimientos, orientación) y por tanto regular los factores internos o las orientaciones externas de uno mismo (Prado, González, Paz, Romero 2016)

Por ello, la comprensión del autocuidado como una acción intencionada con orientaciones internas y externas ayuda a las enfermeras a adquirir, desarrollar y perfeccionar las habilidades necesarias para:

Asegurar información válida y fidedigna para describir los sistemas de aprendizaje de autocuidado de los individuos.

Analizar la información descriptiva de los sistemas de aprendizaje de autocuidado y de cuidado dependiente.

Emitir juicios de cómo pueden ser ayudados los individuos en la realización de las operaciones del aprendizaje de autocuidado terapéutico, se identifican las secuencias de acción de una demanda de aprendizaje de autocuidado terapéutico, puede identificarse y agruparse de acuerdo con sus orientaciones internas y externas.

Las formas de determinar y satisfacer las propias necesidades de aprendizaje de autocuidado, son aprendidas de acuerdo con las creencias, hábitos y prácticas que caracterizan culturalmente la vida del grupo al que pertenece el individuo.

Al estudiar la teoría de déficit de autocuidado se coincide con Dorothea E Orem que es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existentes (Naranjo Hernández Y Concepción Pacheco, & Rodríguez Larreynaga. 2017).

Esta abarca a aquellos pacientes que requieren una total ayuda de la enfermera por su incapacidad total para realizar actividades de autocuidado, ejemplo: Cuadripléjico. Pero también valora aquellas que pueden ser realizadas en conjunto enfermera-paciente, ejemplo: El baño y aquellas actividades en que el paciente puede realizarlas y debe aprender a realizarlas siempre con alguna ayuda, ej. La atención a un paciente pos operado de una cardiopatía

Cuando existe el déficit de autocuidado, los enfermeros (as) pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un Sistema de

Enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo.

La teoría de los sistemas de Enfermería.

Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería. Los elementos básicos que constituyen un sistema de enfermería son:

- La Enfermera.
- El paciente o grupo de personas.
- Los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con familiares y amigos.
- Los sistemas de enfermería tienen varias cosas en común, en particular estas.
- Las relaciones para tener una relación de enfermería deben estar claramente establecidas.
- Los papeles generales y específicos de la enfermera, el paciente y las personas significativas deben ser determinados. Es preciso determinar el alcance de la responsabilidad de enfermería.
- Debe formularse la acción específica que se va a adoptar a fin de satisfacer necesidades específicas de cuidados de la salud.
- Debe determinar la acción requerida para regular la capacidad de autocuidado para la satisfacción de las demandas de autocuidado en el futuro.

Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería: Totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, de apoyo educativo.

Sistema totalmente compensador: Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Se trata de que la enfermera se haga cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universal del paciente hasta que este pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.

Sistema parcialmente compensador: Este sistema de enfermería no requiere de la misma amplitud o intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. La enfermera actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción.

Sistema de apoyo educativo: Este sistema de enfermería es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería, a veces esto puede significar simplemente alertarlo. El papel de la enfermera se limita a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades.

Los sistemas de enfermería parcialmente compensatorios y un sistema de apoyo educativo, son apropiados cuando el paciente debe adquirir conocimientos y habilidades. El principal rol de la enfermera es regular la comunicación y el desarrollo de capacidades de autocuidado (Naranjo. 2016).

Las aportaciones de Dorothea E. Orem pueden contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población, si se toma en cuenta que los principales problemas de salud como la obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial, requieren de cambios en el estilo de vida para disminuir las complicaciones y evitar que aumente la población con alguna discapacidad.

Esto sería posible si la enfermera, a través del conocimiento, implementa programas y estrategias en el ámbito asistencial y educativo retomando los sistemas de enfermería, sobre todo el de apoyo educativo para hacer frente al reto de la disciplina ante los cambios económicos, políticos y sociales del presente siglo.

La teoría de los sistemas propuesta por Dorothea E Orem se vincula estrechamente con los niveles de atención de enfermería.

Un punto importante a considerar en la teoría de Dorothea E Orem es la promoción y el mantenimiento de la salud a través de acciones educativas, además de la capacidad que debe tener el profesional de enfermería de definir en qué momento

el paciente puede realizar su propio autocuidado y cuando debe intervenir para que el mismo lo logre, además de ofrecer un cuerpo teórico para que estos profesionales expliquen los diferentes fenómenos que pueden presentarse en el campo de la salud, también sirve como referente teórico, metodológico y práctico para los profesionales que se dedican a la investigación.

No todos los profesionales de enfermería abordaron con claridad la importancia del autocuidado cuando se argumenta que, para cuidar del otro, antes es necesario cuidar de sí mismo, pues el cuidado solamente ocurre con la transmisión de los sentimientos y potencialidades personales a la otra persona (Raimondo, Fegadoli, Méier Marineli, Wall Marilene, Labronici, Raimondo Ferraz 2014).

## **5.5 ETAPAS DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO**

Sistemático. Como el método de solución de problemas, consta de cinco fases que son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación en los que se llevan a cabo una serie de acciones deliberadas para obtener los resultados esperados.

Dinámico. A medida que adquiera más experiencia, podrá moverse hacia atrás y hacia delante entre las distintas fases del proceso, combinando en ocasiones distintas actividades para conseguir el mismo resultado final. Por ejemplo, las enfermeras principiantes con frecuencia necesitan valorar metódicamente a un usuario antes de llegar a formular un diagnóstico, mientras que las enfermeras expertas con frecuencia sospechan de inmediato la presencia de un determinado diagnóstico y luego valoran más estrechamente a la persona para determinar si es correcto o no.

Humanístico. Porque los cuidados se planifican y se ejecutan teniendo en cuenta las necesidades, intereses, valores y deseos específicos de la persona, familia o comunidad. Como enfermeras debemos considerar la mente, el cuerpo y el espíritu, ver el ser humano de una manera holística. Nos esforzaremos por comprender los problemas de salud de cada individuo y el correspondiente impacto del mismo en la

percepción de bienestar de la persona y en su capacidad para las actividades de la vida diaria. Centrado en los objetivos (resultados).

Las fases del proceso enfermero están diseñados para centrar la atención en si la persona que demanda los cuidados de salud obtiene los mejores resultados de la manera más eficiente. Los requerimientos más específicos de documentación proporcionan los datos clave que pueden estudiarse para optimizar los resultados en otras personas en situación si (Leininger. 2016).

¿Por qué aprenderlo? El proceso enfermero proporciona la base para los exámenes para la provisión de plazas en el sistema público de salud, por lo que necesita estar familiarizada con él para poder responder a las preguntas. Cada vez dependemos más de los planes de cuidados estandarizados y computarizados; para poder usar esta información de manera segura, debe dominar los principios que rigen el proceso enfermero. Sólo cuando sea una enfermera que se rige por la reflexión, en vez de una enfermera centrada en las tareas, estará en el mundo actual. Sólo entonces será capaz de pensar críticamente sobre cómo lograr los objetivos finales enfermeros para:

- Prevenir la enfermedad y promover, mantener o restaurar la salud (en las enfermedades terminales para controlar la sintomatología y fomentar el confort y el bienestar hasta la muerte).
- Potenciar la sensación de bienestar y la capacidad para actuar según los roles deseados.
- Proporcionar cuidados eficaces y eficientes de acuerdo con los deseos y necesidades del individuo.
- Hallar formas de aumentar la satisfacción del usuario al administrarle cuidados de salud.

### **5.5.1 VALORACION**

Es la identificación de las alteraciones de salud que afecta al individuo y su uso brinda propiamente la valoración de la enfermería. Esta valoración organizada y planificada ayuda a conseguir datos subjetivos y objetivos de paciente, los mismos que ayuda a establecer los diagnósticos enfermeros ya sean reales o potenciales.

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados (Rosales Barrera, Reyes Gómez. 2018).

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.

- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática (F. Rosales Barrera , E. Reyes Gomez. 2018).
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.

- Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, se debe tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recogida de datos se requiere:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc....) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- Convicciones (ideas, creencias, etc....)
- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad.

Tipos de datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Los tipos de datos:

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).

- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

Entrevista Clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son:

Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.

Facilitar la relación enfermera/paciente.

Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración (Rosales, Reyes 2018).

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre

- i. **Iniciación:** Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- ii. **Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.
- iii. **Cierre:** Es la fase final de la entrevista. No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

## **5.5.2 DIAGNOSTICO**

El diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales. Proporciona la base para la selección de intervenciones de enfermería para lograr los resultados de los cuales la enfermera es responsable.

Según se utilice el PAE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo
- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)

### **5.5.3 PLANEACION**

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que

conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas.

### **Etapas en el Plan de Cuidados**

1. **Establecer prioridades en los cuidados.** Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos... Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
2. **Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.** Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario, así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último, es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

- **Elaboración de las actuaciones de enfermería,** esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades,

las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

#### **5.5.4 IMPLEMENTACION**

La fase de implementación del plan de cuidados es aquella en la que se ejecutan las acciones planeadas para resolver los problemas que presenta el paciente. La clasificación NIC es un catálogo de intervenciones creado para estandarizar el lenguaje de denominación de las acciones enfermeras.

Es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

Continuar con la recogida y valoración de datos.

Realizar las actividades de enfermería.

Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas

Dar los informes verbales de enfermería,

Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas (Bertha. Rodríguez 2010).

### **5.5.5 EVALUACION**

La evaluación es la fase final del proceso de enfermería y se produce siempre que el profesional de enfermería interacciona con el paciente. La evaluación se puede llevar a cabo como parte del proceso de enfermería cuando se compara el estado de salud del paciente con los objetivos definidos por el profesional de enfermería. Como objetivo de esta actividad, usted determinará si el plan de cuidados es

adecuado, realista, actual o si necesita revisión. Si el paciente no ha conseguido los objetivos, usted se dedicará a la resolución del problema para determinar cómo revisar el plan de cuidados (T Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru 2017).

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

### **1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:**

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica

### **2.- Señales y Síntomas específicos**

- Observación directa
- Entrevista con el paciente.
- Examen de la historia

### **3.- Conocimientos:**

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios (test)

### **4.- Capacidad psicomotora (habilidades)**

- Observación directa durante la realización de la actividad

### **5.- Estado emocional:**

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal

## **6.- Situación espiritual (modelo holístico de la salud):**

- Entrevista con el paciente.
- información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- -El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo (Rodríguez 2010).

## **5.5.6 PROBLEMÁTICA DE SALUD DE LA PERSONA: NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD**

### **DEFINICIÓN**

La neumonía es un proceso infeccioso e inflamatorio del parénquima pulmonar causado por microorganismos, el cual afecta la porción distal de las vías respiratorias y, en ocasiones involucra el intersticio alveolar inflama los sacos de aire de uno o ambos pulmones, los que pueden llenarse de fluido.

La neumonía puede provocar que los sacos de aire se llenen de fluido o pus. La infección puede ser mortal para cualquier persona, pero en especial para bebés, niños pequeños y adultos mayores de 65 años.

Los síntomas incluyen tos con flema o pus, fiebre, escalofríos y dificultad para respirar.

Los antibióticos permiten tratar varios tipos de neumonía y algunos pueden prevenirse mediante vacunas (Romero 2019).

## **CLASIFICACION**

La clasificación de la neumonía se basa en: a) según su localización anatómica: La cual puede ser:

Focal : cuando se localiza en un solo segmento pulmonar

Multifocal: cuando afecta varios segmentos focales, denominada también neumonía a “focos múltiples”.

Según el lugar de adquisición de la enfermedad:

Pueden ser:

Neumonía adquirida en la comunidad o neumonía extra hospitalaria. La cual se presenta en pacientes que no han tenido contacto con ambientes hospitalarios, siendo los factores de riesgo el consumo de tabaco más de 20 cigarrillos por día, enfermedades crónicas, desnutrición, enfermedades psiquiátricas, edad avanzada, etc.

Neumonía intrahospitalaria o nosocomial: La cual es la segunda causa de infección en los centros hospitalarios y las más frecuentes en UTI. Esta a su vez puede ser de inicio temprano: en las primeras 48 horas de ingresado el paciente; o tardío con procesos que se inician más allá de las 48 horas. Los factores predisponentes son el uso de ventilación mecánica, inmunosupresión, edad avanzada, etc (Maydana y Arcani,2011).

## **Epidemiología**

La neumonía continúa siendo un problema importante para la salud pública. Afecta principalmente a menores de 5 años y adultos mayores, y constituye una de las primeras 20 causas de muerte a nivel mundial. Cada 12 de noviembre, se celebra el Día Mundial contra la Neumonía para crear conciencia sobre su impacto y las medidas para prevenirla.

En México, se diagnosticaron 117 mil 731 casos nuevos de neumonía en 2018. En 2017, 21 mil 563 personas fallecieron por neumonía e influenza, de los cuales el 65% eran adultos mayores de 65 años. Además, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2012 reportó que alrededor del 1% de los niños menores de 5 años tuvieron diagnóstico médico de neumonía en los tres meses previos y, de éstos, más del 40% fue hospitalizado.

Existen ciertos factores que aumentan la posibilidad de contraer neumonía:

En los niños, desnutrición, bajo peso al nacer, alimentación no exclusiva al seno materno, hacinamiento, esquema de vacunación incompleto y exposición al humo de tabaco y de leña.

En la población adulta, ser mayor de 65 años, tabaquismo, alcoholismo, padecer enfermedades crónicas, no vacunarse contra neumococo y exposición al humo de tabaco y de leña (Dirección General de Epidemiología 2019).

### **Factores de riesgo**

Los factores de alto riesgos asociados a la neumonía adquirida en la comunidad son:

- 1- Edades extremas de la vida: menores de 5 años y adultos mayores
- 2- Alcoholismo
- 3- Tabaquismo
- 4- Niños que conviven en guarderías
- 5- Mala higiene bucal
- 6- Gingivitis
- 7- Diabéticos
- 8- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y otras neumopatías.
- 9- Hepatopatías
- 10-Cardiopatías
- 11-Esplenectomizados
- 12-Pacientes con inmunodeficiencia adquirida.

La presencia de estos factores de riesgo obliga a la prevención con inmunización de estos pacientes.

## **Etiología**

Muchos microorganismos causan neumonías extra hospitalarias, como bacterias, virus y hongos. Los patógenos varían según la edad del paciente y otros factores, pero la importancia relativa de cada uno como causa de neumonía Extra hospitalaria es incierta, porque la mayoría de los pacientes no son sometidos a pruebas exhaustivas e incluso con estas pruebas, los agentes específicos se identifican en 50% de los casos (Sanjay. 2020).

Algunas de las bacterias que comúnmente causan la NAC son:

**Streptococcus pneumoniae:** Son los causantes principales de la neumonía bacteriana. Estas bacterias viven en la nariz y la garganta de las personas saludables. Pueden ingresar en los pulmones por inhalación o pueden desplazarse por el torrente sanguíneo desde una herida o infección del cuerpo.

**Haemophilus influenzae:** Estas bacterias pueden vivir en el tracto respiratorio superior y no causar enfermedades hasta que se presente la oportunidad, por ejemplo, luego de una infección viral o cuando el sistema inmunitario está comprometido. Es la segunda causa más común de la neumonía bacteriana.

**Klebsiella pneumoniae:** Se encuentra en la boca, la piel y el tracto digestivo. Esta bacteria es más propensa a infectar a quienes tienen el sistema inmunitario debilitado.

**Staphylococcus aureus:** La infección causada por esta bacteria se les produce con más frecuencia a las personas que se drogan por vía intravenosa, pacientes con enfermedades crónicas o niños pequeños con sistema inmunitario inmaduro. Aproximadamente 1 de cada 4 personas sanas es portadora del estafilococo. Habitualmente reside en la piel, la laringe o el intestino.

Aproximadamente 2 de cada 100 personas son portadoras de una cepa bacteriana resistente a los antibióticos conocida como staphylococcus aureus resistente a la

meticilina (MRSA, por su sigla en inglés). La cepa MRSA se da con mayor frecuencia en los centros de atención médica, pero se está volviendo más común en la comunidad en general. Se disemina cuando se comparten artículos de uso personal o a través de deportes de contacto, como rugby o lucha.

La neumonía adquirida en hospitales (NAH) se manifiesta a los dos o tres de haberse expuesto a los gérmenes en algún centro de atención médica. Este tipo de neumonía suele ser más resistente a los antibióticos y más difícil de tratar que la NAC. Entre los ejemplos de gérmenes que causan NAH están: MRSA y Pseudomona aeruginosa.

La neumonía por COVID-19 afecta de distintas maneras en función de cada persona. La mayoría de las personas que se contagian presentan síntomas de intensidad leve o moderada, y se recuperan sin necesidad de hospitalización.

Los síntomas más habituales son los siguientes:

Fiebre, Tos seca, Cansancio

Otros síntomas menos comunes son los siguientes:

Molestias y dolores, Dolor de garganta, Diarrea, Conjuntivitis, Dolor de cabeza, Pérdida del sentido del olfato o del gusto, Erupciones cutáneas o pérdida del color en los dedos de las manos o de los pies

Los síntomas graves son los siguientes:

Dificultad para respirar o sensación de falta de aire, Dolor o presión en el pecho, Incapacidad para hablar o moverse

Lo recomendable es que las personas que sufran síntomas leves y tengan un buen estado de salud general se confinen en casa.

De media, las personas que se contagian empiezan a presentar síntomas en un plazo de 5 a 6 días desde que se infectan, pero pueden tardar hasta 14 días.

## **Fisiopatología**

El mecanismo fisiopatológico de la NAC comienza cuando el sistema de defensa pulmonar es sobrepasado por microorganismos patógenos, los cuales se depositan en la superficie alveolar. Factores genéticos, como deficiencias particulares del sistema de defensa, o medioambientales, como el tabaquismo y el alcoholismo, pueden deteriorar la funcionalidad del sistema y facilitar la aparición de una neumonía (Arshad, Fasanya, Cheema 2016).

A continuación, se describe el mecanismo fisiopatológico de acuerdo con Maydana y Arcani en 2011: El mecanismo fisiopatológico de la neumonía 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 pseudo estratificadas.

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.

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 hematíes, que ocasiona una tos herrumbrosa, y dolor en la zona comprometida. El paciente sufrirá un cuadro de hipoxia sostenida con hipercapnia secundaria.

El compromiso general del paciente empeora con el cuadro de base, pudiendo originarse sepsis con el cuadro clínico consiguiente. La colonización microbiana va a depender del tipo de microorganismo y los factores relacionados a enfermedades crónicas como la leucemia, alcoholismo, uremia, hipotensión, terapias con glucocorticoides y coma (Maydana y A 2011)

### **Manifestaciones clínicas**

La neumonía es una enfermedad aguda que provoca inflamación de los pulmones, tras la infección producida por hongos, virus o bacterias. Se presenta con mayor frecuencia durante los meses de invierno, y se propaga a través de estornudos o tos, lo cual hace que los microorganismos viajen por el aire en pequeñas gotas.

### **Síntomas**

Los signos y síntomas de la neumonía varia de moderados a graves y dependen de varios factores, como el tipo de germen que causa la infección, la edad y la salud en general. los signos y síntomas moderados suelen ser similares a los de un resfrió o una gripe, pero duran más tiempo.

Los signos y síntomas de la neumonía pueden incluir lo siguiente:

1. Dolor en el pecho al respirar o toser
2. Desorientación o cambios de percepción mental (en adultos de 65 años o más)
3. Tos que puede producir flema
4. Fatiga

5. Fiebre transpiración y escalofríos con temblor.
6. Temperatura corporal más baja de lo normal (en adultos mayores de 65 años y personas con sistema inmunitario débil)
7. Nauseas, vomito o diarrea.
8. Dificultad para respirar.
9. Frecuencia respiratoria mayor a 30 por minuto
10. Presencia de infiltrados multiloculares
11. Confusión o desorientación
12. Uremia (nitrógeno de urea mayor 20mg/dl)
13. Leucopenia mayor a 4000/dl
14. Trombocitopenia menor de 100000/dl
15. Hipotermia.

### **Diagnóstico**

Para poder lograr obtener el diagnóstico será además de las manifestaciones clínicas, a través de estudios de gabinete:

1. Laboratorios de control Bhs. Qs
2. Estudios de Rx de tórax
3. Oximetría
4. Somatometría completa
5. Tac de tórax

### **Tratamiento**

En el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad se deben considerar las medidas generales de tratamiento en el paciente hospitalario, además del tratamiento antibiótico.

#### Medidas generales

En todos los pacientes se debe garantizar (evidencia IIA):

- Suplencia adecuada de oxígeno para lograr saturación > 90%. En los pacientes con riesgo de hipercapnia se deben hacer mediciones de gases arteriales.

- Hidratación y balance electrolítico adecuado.
- Profilaxis para trombosis venosa profunda y embolismo pulmonar.
- Terapia respiratoria.
- Manejo de enfermedades concomitantes.
- Monitorización hemodinámica y respiratoria no invasiva.
- Para los pacientes que ingresen a las unidades de cuidados intensivos, se recomienda la reanimación protocolizada y cuantitativa de los pacientes con hipoperfusión tisular inducida por sepsis (definidos como hipotensión que persiste después de la exposición inicial de líquidos intravenosos o que tengan un lactato en sangre  $> 4\text{mmol/L}$ ). Durante las primeras 6 h de resucitación, el objetivo de la reanimación inicial debe incluir todas las siguientes como parte de un protocolo de tratamiento:

- a) PVC de 8–12mmHg.
- b) Presión arterial media  $> 65\text{mmHg}$ .
- c) Diuresis  $> 0,5\text{ml/kg}$  por hora.
- d)  $\text{ScVO}_2 > 70\%$  o  $\text{SVO}_2 > 65\%$ .

Se sugiere la orientación de la reanimación para normalizar el lactato en los pacientes con niveles elevados de lactato como un marcador de hipoperfusión tisular.

### **Tratamiento antimicrobiano**

El inicio de la terapia para la neumonía adquirida en la comunidad es empírico y basado en la clasificación y estratificación. Este tratamiento se debe modificar con base en el agente etiológico identificado o aislado y las pruebas de sensibilidad antimicrobiana.

- Cuándo iniciar el tratamiento: Con el fin de reducir la morbilidad y la mortalidad, el inicio del antibiótico debe hacerse en las primeras 4 a 6h. El antibiótico debe

iniciarse en la primera hora en los pacientes con choque séptico y en aquellos con sepsis grave sin choque séptico. La espera de los resultados de los exámenes paraclínicos, incluida la radiografía de tórax, no debe retrasar el inicio de los antibióticos.

- Esquemas de tratamiento: La elección del antibiótico depende de la clasificación del paciente, de la epidemiología local y regional y de los factores de riesgo o enfermedades concomitantes. Este tratamiento empírico inicial debe modificarse según el agente etiológico aislado y su perfil de sensibilidad.

La tasa de identificación microbiológica, en general, es baja y, por lo tanto, en estas condiciones no es posible hacer una reducción de la intensidad de la terapia antibiótica; de allí deriva la importancia de realizar la aproximación diagnóstica y la terapia empírica de inicio acorde con la estratificación del riesgo y gravedad del paciente. En la modificación del esquema antimicrobiano cuando hay identificación etiológica, siempre se debe realizar terapia de reducción y elegir el antibiótico efectivo de menor espectro (Mayo Clinic, 2017).

Con base en los estudios hechos en Colombia de neumonía adquirida en la comunidad, es recomendable que todo paciente que requiera hospitalización reciba terapia combinada con un betalactámico y un macrólido. Esta recomendación no se aplica para los pacientes en quienes se hace tratamiento ambulatorio.

En la elección de la terapia antimicrobiana, siempre debemos propender por el uso racional y adecuado de los mismos; se debe evitar, en la medida que sea posible, la utilización en forma empírica de quinolonas y cefalosporinas de tercera generación, ya que este grupo de antibióticos está implicado en la aparición de resistencia. Además, el abuso de las quinolonas puede causar la aparición de resistencia a *M. tuberculosis*.

La duración de la terapia es individualizada, pero, en términos generales, está entre 5 y 7 días. La presencia de enfermedades concomitantes, bacteriemia o gravedad de la neumonía adquirida en la comunidad debe ser considerada para prolongar la terapia. *Mycoplasma pneumoniae*, *L. pneumophila* y *C. pneumoniae* pueden

necesitar terapias más prolongadas, de 10 a 14 días. En pacientes con neumonía adquirida en la comunidad por *S. aureus*, la terapia puede extenderse según la respuesta y la presencia de complicaciones, a 14 o 21 días.

Algunas recomendaciones para la utilización de antibióticos en neumonía incluyen:

- El diagnóstico de neumonía y la decisión de inicio del antibiótico deben ser revisadas por el clínico con mayor experiencia (médico internista, neumólogo o infectólogo).
- No debe haber limitaciones para discontinuar los antimicrobianos si no están indicados.
- La indicación de antibióticos debe documentarse en la historia clínica.
- La necesidad de antibióticos intravenosos se debe revisar a diario.
- Una terapia con selección de un medicamento de espectro más estrecho (reducción de la intensidad) debe ser considerada tan pronto como sea apropiada, teniendo en cuenta la respuesta al tratamiento y los cambios en la gravedad de la enfermedad del paciente. Esto es especialmente válido cuando se dispone de información microbiológica relevante.
- Cuando sea apropiado, se deben especificar las fechas de terminación de los medicamentos.

Las instituciones que tengan disponibilidad de determinar procalcitonina como guía en la decisión de inicio o de retiro de antibióticos, la deben usar en pacientes hospitalizados (véase la sección de uso de antimicrobianos).

- Cambio de antibiótico a la vía oral: el tratamiento intravenoso se debe pasar a vía oral tan pronto como se logre mejoría clínica y se obtengan los siguientes objetivos: temperatura  $< 37,8^{\circ}\text{C}$ , frecuencia cardíaca  $< 100$  latidos por minuto, frecuencia respiratoria  $< 24$  por minuto, presión arterial sistólica  $> 90$  mmHg por más de 8h sin vasopresores, ausencia de embolismo séptico o de diseminación hematogena de la enfermedad, enfermedades concomitantes estabilizadas y que no exista evidencia

de compromiso cognitivo ni mental y que exista la capacidad para la ingestión oral adecuada.

Existe evidencia que demuestra que el cambio de la terapia intravenosa a la terapia oral se puede realizar también en pacientes con neumonía grave. Idealmente, el paciente debe darse de alta del hospital 24h después de que se haya alcanzado la estabilidad clínica.

- Uso de antivirales en neumonía adquirida en la comunidad: durante 2009 ocurrió la primera pandemia del siglo xxi ocasionada por el virus de la influenza A (H1N1). Este virus se inició en Norteamérica y se diseminó al mundo. Las recomendaciones actuales en Colombia indican el uso de oseltamivir en todos los pacientes con diagnóstico de neumonía grave adquirida en la comunidad. La recomendación del uso de antivirales debe ir en conjunto con la alerta epidemiológica realizada por las autoridades de salud (Mayo Clinic, 2017).

## VI. RESUMEN DE CASO CLINICO

Estancia hospitalaria de 15 días. Alcoholismo desde los 30 años de edad, cada tercer día hasta la embriaguez. Ingresó por padecimiento de 15 días de evolución con tos seca en accesos y fiebre. Cinco días antes de su ingreso se agregó disnea progresiva, hasta por mínimo esfuerzos, así como alteración del estado de conciencia y cefalea generalizada. Acudió con un médico quien prescribió trimetoprim/sulfametoxazol, fosfomicina, ambroxol y salbutamol, sin mejoría. Tres días antes de su ingreso presentó dolor precordial irradiado a la pared posterior del tórax, náuseas, vómitos y diaforesis. Posteriormente, la tos se acompañó de expectoración verdosa en cantidad no precisada. En las 24 horas previas a su hospitalización presentó cianosis.

1. Diagnóstico nosológico: Neumonía de focos múltiples

### 6.1 VALORACION CLINICA POR PATRONES FUNCIONALES DE M. GORDON.

Ingreso: 20 de junio del 2021 Hora: 16:00hrs

Datos básicos de ingreso: Nombre: DSR

Edad: 60 años

Fecha de nacimiento: 09 de febrero de 1961

Sexo: masculino.

Atención: Urgencias

**Motivo:** Dolor precordial irradiado a la pared posterior del tórax, náuseas, vómitos y diaforesis. Posteriormente, la tos se acompañó de expectoración verdosa en cantidad no precisada. En las 24 horas previas a su hospitalización presentó cianosis

**Antecedentes Personales Patológicos y tratamientos recibidos:** Recién diagnosticado diabético, tratado con metformina de 850mg y alcoholismo

Heredo familiares: Padre diabético, madre hipertensa.

Patrones de Salud:

### **1. Patrón de Mantenimiento y Percepción de la Salud**

El paciente se encuentra en estado de salud regular se percibe mal en estos momentos, con dolor precordial, náuseas, vómito y diaforesis, tiene una higiene bucal adecuada, se da duchas diarias, uso de ropa limpia, consumió tabaco en años anteriores llegando al punto de fumar más de tres cajetillas al mes pero el cual tiene dos años que no fuma, tiene un consumo de bebidas alcohólicas diario desde hace 30 años (cerveza) no ha utilizado drogas, no presencia de alergias, acude al médico no muy frecuentemente, con dental cada semestre del año, no realiza ejercicio, no tiene actualmente un tratamiento medico

Condiciones de la Vivienda, cuenta con los servicios básicos, la mantienen limpia y con buena ventilación, no cuenta con mascotas.

### **2. Patrón Nutricional Metabólico.**

No tiene ningún tipo de uso de complementos alimenticios, refiere tener tres comidas al día, comida casera, tiene una ingesta de agua 1 litro, refresco y cerveza diario, no tiene ninguna dificultad para deglutir, ha tenido un aumento de peso en los últimos 7 meses, ningún problema en la piel, presencia de alopecia, refiere dolor abdominal por acidez y distensión abdominal. Peso de 110 kg, talla 168cm, con un índice de masa corporal de 39 estando en la categoría de obesidad parcialmente hidratado con una glicemia en ayuno de 362mg/dl, temperatura 38.2°C, piel caliente y rubicunda.

### **3. Patrón de Eliminación**

Refiere el tener evacuaciones diarias con características duras, utiliza apoyo de linaza por estreñimiento continuo, flatulencias diarias, orina entre 6 a 8 veces al día, con características normales, no hay presencia de distención abdominal. Presentes

ruidos abdominales normales, al movimiento intestinal con presencia de flatulencias.

#### **4. Patrón de Actividad y Ejercicio**

Presenta dolor torácico de 8 en escala de EVA. Refiere cambios en la función cardiaca al realizar actividades cotidianas como palpitations teniendo así cambios en su patrón respiratorio como fatiga y disnea al caminar, edema de miembros inferiores de ++ y cambios neuromusculares como calambres y dolor en las plantas del pie, datos de insuficiencia venosa periférica. Refiere que como actividad hace arreglos en el hogar. Campos pulmonares, sibilancias al final de la respiración con presencia de aleteo nasal frecuencia respiratoria de 22 por minuto, con dificultad respiratoria, saturación de oxígeno 89%, auscultación cardiaca se valora los ruidos cardiacos sin alteración sin presencia de soplos mantiene una presión arterial de 140/90. FC. 94 por minuto.

#### **5. Patrón de Sueño y Descanso**

El paciente refiere dormir 7 horas diarias de sueño teniendo siestas en momentos del día, no tiene dificultad para conciliar el sueño, se siente descansado durante el resto del día.

#### **6. Patrón Cognitivo-Perceptivo**

Orientado, consiente, alerta, sin problemas de memoria, no refiere problemas auditivos, usa lentes, refiere sensibilidad al y frio dolor muscular.

#### **7. Patrón Autopercepción y Concepto de sí Mismo**

Es una persona seria se percibe como positivo, no tiene dificultad para la toma de decisiones, tiene temor por dejar de tomar alcohol, presencia de tristeza por problemas familiares refiere sentirse mejor si tuviera mejor salud

## **8. Patrón de Rol-relaciones**

Estado civil casado con escolaridad de secundaria tiene como profesión carpintería, pensionado, su familia está conformada por él y su esposa, tiene buena relación con su esposa

## **9. Patrón de Sexualidad-Reproducción**

Tiene vida sexual activa con su pareja única acude al médico para revisión fecha de visita al médico hace 6 meses

## **10. Patrón de Afrontamiento-Tolerancia al Estrés**

Refiere estar preocupado por la hospitalización miedo a la muerte en casa refiere que cuando se acumula el estrés su salida es tomar alcohol

## **11. Patrón de Valores y Creencias**

Es católico tiene creencia en mejoría si se acerca más a su religión para su esposa. Refiere ser honesto sincero y responsable

## **6.2. DIAGNOSTICOS ENFERMERO**

1. Patrón respiratorio ineficaz relacionado con hipoventilación manifestada por disnea, patrón respiratorio anormal y aleteo nasal.
2. Dolor agudo relacionado con lesión por agentes biológicos manifestado por auto informe de intensidad con escalas estandarizadas del dolor, diaforesis, expresión facial del dolor y postura para aliviar el dolor.
3. Hipertemia r/c Enfermedad (proceso infeccioso) m/p sudoración, piel caliente al tacto.
4. Riesgo de nivel de glucemia inestable F/R Falta de adhesión al plan terapéutico de la diabetes.
5. Desequilibrio nutricional: por exceso, R/C: sedentarismo e ingesta hipercalórico M/P: IMC mayor de 30.
6. Perfusión tisular ineficaz relacionado con hipertensión manifestado por edema, dolor en extremidades.

7. Afrontamiento ineficaz r/c recursos inadecuados m/p uso de alcohol como forma de manejo de los problemas.

### 6.3 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<b>Patrón:</b> respiratorio  <b>Datos objetivos:</b>  Fr 26x1 Sat o2 89% FC 94 Aleteo nasal Disnea  <b>Datos Subjetivos:</b>  1.El paciente refiere tener dificultad respiratoria	<b>Dominio:</b> 4 Patrón respiratorio	<b>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</b>		
	<b>Clase:</b> 4  <b>Etiqueta diagnóstica:</b> Patrón respiratorio ineficaz.	<b>Dominio:</b> salud fisiológica	<b>Clase:</b> cardiopulmonar	
	<b>Definición:</b>  El patrón respiratorio ineficaz consiste en una alteración de la inspiración o de la espiración que imposibilita una ventilación adecuada.	<b>Criterio de resultado:</b> estado respiratorio intercambio de gases		
	<b>Factores relacionados:</b>  hiperventilación, fatiga.	<b>Indicador (es)</b>	<b>Puntuación inicial *</b>	<b>Puntuación Diana*</b>
	<b>Características definitorias:</b>  Disnea  Patrón respiratorio anormal  Aleteo nasal	040211 saturación de O2  040207 somnolencia  Frecuencia respiratoria	4  3  2	5  5  5

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p><b>Campo:</b> k 2 Fisiológico complejo</p> <p><b>Clase:</b> k control respiratorio</p> <p><b>INTERVENCION:</b> 3320 oxigenoterapia</p> <p><b>ACTIVIDADES</b> 1. Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.</p> <p>2.Administrar oxígeno suplementario para mantener la saturación mayor al 90</p> <p>3.Vigilar el flujo de litros de oxígeno y borboteador.</p> <p>4.Vigilar patrón respira tiro Ritmo Profundidad Frecuencia</p> <p>5.Observar ansiedad del paciente, relacionado con la necesidad de la oxigenoterapia.</p>	<p>1-Los signos y síntomas físicos resultan de la disminución del oxígeno en los tejidos, así como de la mezcla de secreciones en las vías aéreas superiores e inferiores. Completar medida de valoración antes y después del procedimiento de aspiración.</p> <p>2-La humedad evita la sequedad de las mucosas nasales y orales y las secreciones de las vías aéreas. Asegura la administración de oxígeno.</p> <p>3-El oxígeno es un gas seco: cuando se administra por cualquier vía hay que añadir humidificación para que el paciente inhale el oxígeno humidificado.</p> <p>4-Se requiere una monitorización continua con un pulsioxímetro para pacientes con oxigenoterapia. Los cambios se basan en el oxígeno suplementario sobre los niveles de</p>	<p><b>Criterio de resultado:</b> estado respiratorio intercambio de gases</p>	
<p><b>Indicador (es)</b></p>	<p><b>Puntuación final</b></p>		
<p>040211 Saturación de O2</p>	<p>4</p>	<p>040207 somnolencia</p>	<p>5</p>
<p>Frecuencia respiratoria</p>	<p>4</p>		

	<p>saturación de oxígeno del paciente.</p> <p>5-Evalua la respuesta del paciente al oxígeno suplementario. Mientras el oxígeno de paciente mejora, los signos y síntomas mejoran también (. Potter 2017).</p>		
--	---	--	--

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<b>Patrón (es):</b> Actividad y reposo  <b>Datos objetivos:</b> Edema  Hipertensión arterial  Antecedentes de tabaquismo crónico  <b>Datos Subjetivos:</b>  Refiere dolor en miembros inferiores.	<b>Dominio:</b> 04  <b>Clase:</b> 04  <b>Etiqueta diagnóstica:</b> Perfusión periférica tisular ineficaz.  <b>Definición:</b> Disminución de la circulación sanguínea periférica que compromete la salud.  <b>Factor relacionado</b> •Hipertensión  <b>Características definitorias:</b>  Edema.  Dolor	<b>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</b>			
		<b>Dominio:</b> Salud fisiológica II	<b>Clase:</b> Integridad tisular		
		<b>Criterio de resultado:</b> Estado circulatorio			
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*	
		040137 Saturación de oxígeno	1	3	
040151 Relleno capilar	2	3			
040120 Edema periférico	2	3			
040152 Aumento de peso	2	3			
040160 Edema con fovea	2	3			

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p><b>Campo:</b> N 2</p> <p><b>Clase:</b> N control de la perfusión tisular</p> <p><b>INTERVENCION:</b> Fisiológico complejo</p> <p><b>ACTIVIDADES</b></p> <p>1.Realizar una valoración global de la circulación periférica.</p> <p>2.Evaluar edema y pulsos periféricos.</p> <p>3.Colocar extremidad en posición dependiente, según sea conveniente.</p> <p>4.Manejo de la medicación (Hipoglucemiantes y antihipertensivos)</p>	<p>1-el manejo circulatorio nos permite una valoración más detallada de las arterias en las extremidades exploradas, después de realizar una presión en el echo ungueal el restablecimiento de la circulación debe de tomar al menos 3 segundos sin embargo si es más de 3 segundos nos podría indicar una insuficiencia arterial al observar que el paciente puede observar bajo gasto cardiaco.</p>	<b>Criterio de resultado:</b> estado circulatorio	
		<b>Indicador (es)</b>	<b>Puntuación final</b>
		040137 Saturación de oxígeno	4
		040151 Relleno capilar	5
		040120 Edema periférico	5
040152 Aumento de peso	4		
040160 Edema con fóvea	3		

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<b>Patrón (es):</b> Confort físico  <b>Datos objetivos:</b> Disnea Diaforesis Expresión facial de dolor  <b>Datos Subjetivos</b> Dolor torácico (EVA: 8)	<b>Dominio:</b> 12  <b>Clase:</b> 1  <b>Etiqueta diagnóstica:</b> Dolor agudo  <b>Definición:</b> Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos que en este caso es de origen biológico.  <b>Factor relacionado:</b> Lesión por agentes biológicos  <b>Características definatorias:</b>  Auto informe de intensidad con escalas estandarizado del dolor. Diaforesis Expresión facial del dolor Postura para aliviar el dolor	<b>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</b>			
		<b>Dominio:</b> conocimiento y conducta del dolor (IV)		<b>Clase:</b> conocimientos sobre salud (S)	
		<b>Criterio de resultado:</b> conocimiento manejo del dolor			
		<b>Indicador (es)</b>	<b>Puntuación inicial *</b>	<b>Puntuación Diana*</b>	
		184301 causas y factores que contribuyen al dolor.	1	3	
184302 signos y síntomas del dolor.	1	2			
184303 estrategias para controlar el dolor.	1	3			
184306 uso correcto de la medicación prescrita.	2	3			
184311. Efectos secundarios de la medicación.		2			
184323 técnicas de relajación efectiva					

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p><b>Campo:</b> E2 Fisiológico básico</p> <p><b>Clase:</b> E fomento de la comodidad física</p> <p><b>INTERVENCION:</b> 1400 manejo del dolor</p> <p><b>ACTIVIDADES</b> 1.Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluye la localización, características, aparición duración frecuencia calidad e intensidad o gravedad del dolor.</p> <p>2.Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.</p> <p>3.Enseñar los principios del manejo del dolor.</p>	<p>1-Determina la respuesta a la dosis de EVA documentar o efectividad de la escala no es un registro adecuando del nivel del dolor del paciente.</p> <p>2-Se garantiza la seguridad en la administración de los fármacos.</p> <p>3-Ayuda en la evaluación de la eficacia de la dosis y la frecuencia necesaria para aliviar el dolor. Se mantiene el cumplimiento de la ley de sustancias controladas (Potter 2017).</p>	<p><b>Criterio de resultado:</b> conocimiento manejo del dolor</p>	
		Indicador (es)	Puntuación final
		184301 causas y factores que contribuyen al dolor.	5
		184302 signos y síntomas del dolor.	4
		184303 estrategias para controlar el dolor.	4
		184306 uso correcto de la medicación prescrita.	5
		184311. Efectos secundarios de la medicación.	5
		184323 técnicas de relajación efectiva.	5

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<b>Patrón (es):</b> Nutrición metabólica.  <b>Datos objetivos:</b>  T°38.2 Diaforesis  Piel caliente, rubicundez  Mucosas deshidratadas  <b>Datos Subjetivos:</b>  1.El paciente refiere tener frio	<b>Dominio:</b> 12 confort  <b>Clase:</b> 6  <b>Etiqueta diagnóstica:</b> Hipertermia  <b>Definición:</b> Es el estado en que la temperatura corporal se eleva por encima de los límites normales.  <b>Factor relacionado</b> Enfermedad  <b>Características definitorias:</b>  Sudoración,  Piel caliente al tacto.	<b>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</b>			
		<b>Dominio:</b> Salud fisiológica II		<b>Clase:</b> Regulación metabólica	
		<b>Criterio de resultado:</b> termorregulación			
		<b>Indicador (es)</b>	<b>Puntuación inicial *</b>	<b>Puntuación Diana*</b>	
		080010 Sudoración con el calor	1	5	
080001 Temperatura cutánea aumentada	2	5			
080014 Deshidratación	3	5			

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p><b>Campo:</b> Fisiológico: Complejo</p> <p><b>Clase:</b> M Termorregulación Intervenciones para mantener la temperatura corporal dentro de unos límites normales</p> <p><b>INTERVENCION:</b> Regulación de la temperatura</p> <p><b>ACTIVIDADES</b> 1.Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, según corresponda.</p> <p>2.Observar el color y la temperatura de la piel.</p> <p>3.Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.</p>	<p>Los signos vitales deben ser evaluados en relación con el estado de salud presente y pasado del paciente y comparados con los valores normales aceptados. La piel es nuestro órgano protector, sus características físicas como calor y textura, son indicadores del estado de salud del organismo. La temperatura determina un valor para el diagnóstico clínico del paciente. Un medicamento es una sustancia administrada para el diagnóstico, la cura el tratamiento o el alivio de un síntoma o para prevención de la enfermedad. Es indispensable estar pendientes de la temperatura corporal del paciente, ayudara a contrarrestar cualquier cuadro de complicación ya sea por fiebre o escalofríos que</p>	<b>Criterio de resultado:</b> Termorregulación	
		<b>Indicador (es)</b>	<b>Puntuación final</b>
		080010 Sudoración con el calor	5
		080001 Temperatura cutánea aumentada	5
080014 Deshidratación			

	provenzan de una infección o inflamación.		
--	---	--	--

## VII.PLAN DE ALTA

ASPECTO A DESARROLLAR	RECOMENDACIONES
<b>COMUNICACIÓN</b> (nombre de la institución o persona a quien acudir o llamar en caso de urgencias.	Ante los signos de alarma, consulte de inmediato al médico o urgencias del hospital general zona 1.
<b>URGENTE</b> (Identificación de signos de alarma o recaída)	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Fiebre mayor a 38 °C</li> <li>* Coloración morada alrededor de los labios, orejas, uñas o dedos.</li> <li>* Tos con expectoración salida de secreciones purulentas (verdes, amarillas) o con sangre.</li> <li>* Malestar general, presenta signos de decaimiento.</li> <li>* Dificultad para respirar.</li> <li>* Dolor en el pecho, cabeza y en todo el cuerpo</li> </ul>
<b>INFORMACION</b> (Conocimiento de su enfermedad y medidas de control)	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Evite corrientes de aire y cambios bruscos de temperatura.</li> <li>* Evite el consumo de cigarrillo.</li> <li>* Evite el humo de estufas.</li> <li>* Periódicamente repose en cama, especialmente en posición semi sentado para mejorar la respiración.</li> <li>* Puede sentarse en una silla por períodos cortos, abrigándose para evitar RECAIDA.</li> <li>* Si se observan datos de dificultad para respirar (cianosis aleteo nasal, tiraje intercostal), colocar el oxígeno.</li> <li>* Siempre lávese las manos antes y después de ir al baño, antes de ingerir alimentos, después de limpiar secreciones orales y nasales.</li> <li>* Siempre tosa cubriendo la boca y nariz con el antebrazo, con pañuelo o con uso de mascarilla (nunca cubra con sus manos) bien sea para estar en contacto con otras personas o si está con tos activa o en estado agudo de infección, estado gripal, que generen emisión de secreciones.</li> <li>* Evite esfuerzos innecesarios.</li> <li>* Evite el reposo en cama, para evitar la acumulación de secreciones y neumonía.</li> </ul>
<b>DIETA</b> (información relativa a la nutrición)	Consumo verduras. Consuma abundantes líquidos 2 litros de agua al día, especialmente agua tibia, para evitar descompensación o tos. Dieta balanceada para diabético bajo en sales y azucares

<p><b>AMBIENTE</b> (recomendaciones de mejora del entorno familiar, laboral y social)</p>	<p>Hacer el uso de la participación de la familia en el transcurso de la recuperación del paciente.</p>
<p><b>RECREACION Y TIEMPO LIBRE</b> (prácticas recreativas saludables).</p>	<p>Por el momento no hacer actividades extenuantes que sofoquen al paciente. Rehabilitación a la adicción por alcoholismo.</p>
<p><b>MEDICAMENTO Y TRATAMIENTO FARMACOLOGICO</b></p>	<p>* Realice los ejercicios respiratorios, inhalaciones y nebulizaciones. * Tome los medicamentos ordenados por el médico en hora y dosis ordenadas. * amoxicilina 500mg, v. oral cada 8 horas Penicilina 1 gr, v. oral cada 6 horas Paracetamol 1 gr v. oral cada 8 horas Metamizol 1 gr v. oral en caso que presente fiebre. Omeprazol 20mg una capsula cada 12 horas 30 minutos antes de cada alimento Furosemide una tableta de 40 mg cada 8 hrs. Salbutamol spray una inhalación cada 8 horas. Metformina 850 mg una tableta cada 12 horas después de cada alimento <u>No suspenda el antibiótico</u></p>
<p><b>ESPIRITUALIDAD</b> (Orientarlo hacia personas, grupos o instituciones que le puedan ser de ayuda en este aspecto)</p>	<p>Orientación y uso de la espiritualidad de su religión para mantener unido en el aspecto espiritual.</p>

## **VIII. CONCLUSIONES**

En la actualidad se cuenta con una población significativa de adultos mayores, durante el desarrollo de su vejez se ven afectados por todos aquellos cambios anatómicos funcionales que desencadenan en una serie de complicaciones y enfermedades entre ellas la neumonía atípica la cual puede concluir a la muerte si no se le da la atención a tiempo sin embargo la intervención de enfermería otorga de forma individualizada e integral.

La aplicación de la teoría de Dorotea Orem permite perfeccionar la práctica cotidiana y re direccionar la atención hacia el autocuidado a fin de lograr que la persona además de ser partícipe en el proceso de atención, desarrolle habilidades para su autocuidado.

El plan de cuidados individualizado es la herramienta metodológica, sistematizada y de carácter científico que permite desarrollar el actuar de enfermería de forma fundamentada hacia aquellos pacientes que cursan con neumonía atípica.

El presente trabajo fortaleció mi pensamiento crítico y me brindó la posibilidad de evaluar el impacto de la atención de enfermería, fue una experiencia gratificante y de gran aprendizaje.

## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Alejandro Rodriguez Puerta. (5 de noviembre de 2020). Marjory Gordon y los Patrones Funcionales (Enfermería). Lifeder. Recuperado de .
2. Alfaro Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5 ed. Barcelona: Elsevier doyma, S.L; 2003. p. 4. . Última modificación: Saturday, 30 de April de 2016, 11:53
3. Arshad H, Fasanya A, CheemaT, Singh AC. Acute pneumonia.Crit Care Nurs Q. 2016 Apr-Jun;39(2):148-60.
4. Asociación Colombiana de Neumología y Cirugía de Tórax, Asociación Colombiana de Infectología, Asociación Colombiana de Medicina Interna. Recomendaciones para el diagnóstico, tratamiento y prevención dela neumonía adquirida en la comunidad en adultos. Infectio [internet]. 2004;8(1):8-44.
5. Berman, A. & Snyder, S. (2017). Fundamentos de enfermería, Conceptos, procesos y práctica de Kozier y Erb (9ª ed.). (Trad. GEA Consultoría Editorial, S.L.)Madrid, España: Pearson Education. (Original en inglés, 2017).
6. Bertha A. Rodríguez S.. (2010). Proceso Enfermero, Aplicación Actual. Mexico: Cuellar
7. Clarke PN, Allison SE, Berbiglia VA, Taylor SG. The impact of Dorothea E. Orem's life and work: an interview with Orem scholars. Nurs Sci Q [Internet]. 2009 [cited 2014 Jun 9]; 22(1):41-6. Disponible en: <http://nsq.sagepub.com/content/22/1/41.long>
8. Diario Oficial de la Fdereación. Normas Oficiales Mexicanas SSA2 . (2001). NOM-024-SSA2-1994, Para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas en la atención primaria a la salud.. 2015, de secretaria de salud Sitio web: <http://legismex.mty.itesm.mx/normas/ssa2/ssa2024.pdf>
9. Dirección General de Epidemiología. Distribución de casos nuevos de enfermedad por grupos de edad Estados Unidos Mexicanos 2018. Población General. Secretaría de Salud, 2018.

10. F. Rosales Barrera, E. Reyes Gomez. (2018). Fundamentos de Enfermería (3ª ED.). Mexico: Manual Moderno.
11. García Hernández, María de Lourdes; Cárdenas Becerril, Lucila; Arana Gómez, Beatriz; Monroy Rojas, Araceli; Hernández Ortega, Yolanda; Salvador Martínez, Cristina construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería Texto & Contexto Enfermagem, vol. 20, 2011, pp. 74-80 Universidade Federal de Santa Catarina Santa Catarina, Brasil
12. IMSS (2017) Guía de práctica clínica. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía adquirida en la comunidad. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/234GER.pdf>
13. José Luis Álvarez Suarez Fernanda del Castillo Arévalo Delia Fernández Fidalgo Montserrat Muñoz Meléndez. (2016). Manual de Valoración de Patrones Funcionales. Atención Primaria Area V, 34.
14. Leininger M. La Enfermería Transcultural: conceptos, teorías y prácticas. Greyden; 1994. 532 p. Última modificación: Saturday, 30 de April de 2016, 11:53.
15. Luis MT, Fernández M, Navarro M. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2 ed. Barcelona: Masson; 2003. p 14-16 Última modificación: Saturday, 30 de April de 2016, 11:53
16. Martins A, Galvao Moreira D, Matos de Nascimento E, Soares E. Autocuidado para o tratamento de úlcera de perna falciforme: orientacoes de enfermagem. Esc Anna Nery [Internet]. 2016 [citado 9 Jul 2014]; 17 (4): 755-63. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0755.pdf>
17. Maydana Chambi F y Alacani Alanoca D. (2011), Neumonia. Revista Actualización clínica. Vol 12.
18. Mayo Clinic Family Health Book (Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic) 5.ª edición 2017
19. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2014. La Habana: Minsap; 2015. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2015/04/anuario-estadistico-desalud2014.pdf>.

20. Naranjo Hernández, Y; Concepción Pacheco, JA, & Rodríguez Larreynaga, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3), 89-100. Recuperado en 23 de septiembre de 2021, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S160889212017000300009&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S160889212017000300009&lng=es&tlng=es).
21. Naranjo Y. Reflexiones conceptuales sobre algunas teorías de enfermería y su validez en la práctica cubana. *Rev Cubana Enferm [Internet]*. 2016 [citado 30 Jun 2017]; 32(4). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/986>
22. Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry. (2017). fundamentos de enfermería. barcelona españa: Elsevier.
23. Pedro Ruymán Brito Brito. (2016). El Proceso Enfermero en Atención Primaria: Implementación. *cuidados al final de la vida*, 7.
24. Prado Solar LA, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev Med Electron [Internet]*. 2014 Dic [citado 7 Dic 2016]; 36(6):835-845. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es).
25. Raimondo ML, Fegadoli D, MéierMarineli J, Wall Marilene L, Labronici LM, Raimondo-Ferraz MI. Produção científica brasileira fundamentada na Teoria de Enfermagem de Orem: revisão integrativa. *Rev Bras. Enferm [Internet]*. 2012 [citado 19 Jun 2014]; 65(3): 529-34. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000300020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000300020)
26. Romero Laura. (11 noviembre 2019). neumonia, novena causa de mortalidad en mexico. *gaceta unam*, 5, 222.
27. Sanjay Sethi . (2020). Neumonías extrahospitalarias. 26 julio 2021, de manual msd versión para profesionales. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos->

pulmonares/neumon%C3%ADa/neumon%C3%ADas-extrahospitalarias#v13384209\_es

28. Secretaría de Salud. Informe Técnico Diario COVID-19 MÉXICO [Internet]. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud; 2020.[Consultado en octubre 2020].
29. Secretaria de salud. (12 noviembre 2019). dia mundial de la neumonia. secretaria de salud gobierno de puebla, 30.
30. T. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru. (2017). nanda internacional inc . Reino Unido: wiley blackwell.
31. Torres Bonafonte OH, Gil Olivas E, Pérez Macho E, Pacho Pacho C, Mateo Roca M, Casademont Pou J, et al. (2017). Predictores de patógenos resistentes en las neumonías procedentes de la comunidad: ¿es útil en urgencias el concepto de neumonía asociada a cuidados sanitarios? Emergencias; 29: 306-12.
32. Vitor AF, Lopes MVO, Araujo TL. Teoría do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. Esc Anna Nery [Internet]. 2010 [citado 9 Jul 2014];14(3):611-16. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a25>
33. Vivian Vélchez Barboza\*, Olivia Sanhueza Alvarado. (18 03 2016). enfermería una disciplina social. enfermería en costa rica, 2, 8.

## X. GLOSARIO DE TERMINOS

**Acino pulmonar:** Es la última porción de parénquima distal al bronquíolo terminal y por lo tanto está formada por bronquíolos respiratorios, conductos alveolares, sacos alveolares y por alvéolos. Este mide aproximadamente 7,5 a 8,5 mm.

**Alcoholismo:** El alcoholismo es una enfermedad y no un vicio, cuya necesidad o dependencia a la ingesta de bebidas alcohólicas en las personas, genera deterioro en su salud física y mental. No hay síntomas precisos, pero si existen cambios notorios en el comportamiento de la persona en el ámbito laboral y familiar.

**Células ciliadas:** son aquellas que poseen cilios. Los cilios son prolongaciones cilíndricas delgadas que se proyectan desde la superficie de la célula, están formadas por microtúbulos del citoesqueleto envueltos por la membrana ciliar.

**Cianosis ungueal:** La falta de oxígeno en la sangre causa una coloración azulada en la piel o membranas mucosas llamada cianosis.

**Disnea:** es la dificultad respiratoria o falta de aire. Es una sensación subjetiva y por lo tanto de difícil definición. La dificultad respiratoria es una afección que involucra una sensación de dificultad o incomodidad al respirar o la sensación de no estar recibiendo suficiente aire.

**Edema:** una afección en la que los líquidos se acumulan en los tejidos del cuerpo, puede ser causado por algunos tipos de quimioterapia, por ciertos cánceres y por padecimientos no relacionados con el cáncer. Los signos del edema pueden ser: Hinchazón en los pies, los tobillos y las piernas

**Edema con fovea:** El edema con fovea se produce por la acumulación de líquido en los tejidos. Al presionar el tejido firmemente por unos segundos con el dedo, puede producirse un hundimiento que persiste durante algunos minutos después de que se ha quitado el dedo.

**Insuficiencia respiratoria:** La insuficiencia respiratoria es una afección en la cual su sangre no tiene suficiente oxígeno o tiene demasiado dióxido de carbono. A veces puede tener ambos problemas. Cuando respira, sus pulmones se llenan de oxígeno.

**NAC:** La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una infección aguda del parénquima pulmonar que afecta a pacientes no hospitalizados y que se caracteriza por la aparición de fiebre y/o síntomas respiratorios, junto con la presencia de infiltrados pulmonares en la radiografía de tórax.

**Opsonización:** Es un proceso del sistema inmunitario que facilita la fagocitosis de patógenos y cuerpos extraños. Es mediado por unas sustancias denominadas opsoninas que se adhieren a la superficie de los agentes patógenos y facilitan su reconocimiento por los fagocitos.

**Relleno capilar:** Es una prueba rápida que se realiza sobre los lechos ungueales. Se utiliza para vigilar la deshidratación y la cantidad de flujo sanguíneo al tejido.

**Uremia:** También llamado síndrome urémico, es un conjunto de síntomas cerebrales, respiratorios, circulatorios, digestivos, etc., producido por la acumulación en la sangre de los productos tóxicos que, en estado general normal, son eliminados por el riñón y que se hallan retenidos por un trastorno del funcionamiento.

## XI. ANEXOS

### RADIOGRAFIAS DE TORAX



## LABORATORIOS: Y GASOMETRIAS

Estudio	Mar.17	Mar.19	Mar.20	Mar.22	Mar.24	Mar.27	Mar.30
Leucocitos	25,200	17,000	14,500	22,000	25,200	27,700	23,500
N/L	93/7	93/7	95/1	96/1	99/0	99/1	92/5
Hb/Hto	17/50	16.1/47.6	15.5/45.5	15.2/45	14.6/42	14/42	13.3/39
Plaquetas	80,000	174,000	164,000	217,000	193,000	123,000	116,000
Glucosa	244	220	309	483	395	126	146
Urea	94	51	54	83	49	26	39
Creatinina	1.8	1.0	1.1	1.3	0.9	0.8	1.4
Na/K	131/4.2	138/4.53	140/5.1	147/4.0		147/3.2	145/4.8
PO/Mg/Ca		1.7/1.92/7					4.3/6.8
TP/TTP	12.3/41.4	12.2/34.8	12.2/34.1	12.5/32.4	11.7/31.9	11.2/36.8	11.1/72.6
PT	6.6						
Alb/Glob	2.95/4.08						
Col/Trig	144/106						
TGP/TGO	51/144						
LDH/FA	674/364						
BT/CK	1.9/196						

Estudio	Fecha						
	Mar.17	Mar.19	Mar.20	Mar.22	Mar.24	Mar.27	Mar.30
FiO2	21%	21%	60%	40%	40%	100%	100%
pH	7.43	7.41	7.47	7.41	7.32	7.25	7.13
CO2	31.5	38.3	28.5	23.6	37.7	53	32
O2	49.9	52.9	50	69.3	75	51	75
HCO3	21.3	24.7	20.9	17	19.8	24	10.9
Sat	86.6	87.5	88.1	94.2	93.9	80	89.9