



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA
APLICADO A UN PACIENTE QUE CURSA CON NEUMONIA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ENFERMERA GENERAL

P R E S E N T A N
PDE. FELIDA BORGES SÁNCHEZ
PDE. MIROSLAVA HERNANDEZ SANDOVAL

ASESORA
DRA. MARGARITA LAZCANO ORTIZ

PACHUCA, HGO.

DICIEMBRE 2007

A G R A D E C I M I E N T O S

A DIOS Y A MIS PADRES

A DIOS: Por haber permitido a mis padres la dicha de darme la vida, misma que cada día que pasa más la quiero la cuido y la valoro en tu nombre.

Así como el haberme permitido llegar al final de una de mis metas.

A MIS PADRES: Herlinda Sánchez por haberme dado la vida, confianza y cariño para ser una persona independiente y responsable, con el fin de lograr todos y cada uno de mis anhelos.

Félida Borges

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que hicieron posible la realización de este programa para titularme.

A la doctora Margarita Lazcano Ortiz, mi tutora por su apoyo, paciencia y motivación constante para terminar este trabajo.

A mí hija Juana Ivet Trejo Borges por el esfuerzo realizado al haberme prescindido por largos momentos de su tiempo, que este trabajo sea un ejemplo de dedicación y esmero.

A todas las personas que me brindaron su apoyo y tiempo para realizar esta investigación, Cristina Jiménez y Mari Paz

Félida Borges

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por haberme brindado la oportunidad de superarme, por haberme guiado en el camino para servir mejor a mi prójimo.

A MI PADRE

Que gracias a sus consejos, regaños y toda su experiencia, gracias a eso estoy aquí y soy una persona de bien, nunca cambies, te quiero mucho.

A MI MADRE

Por todos esos momentos buenos y malos, por desvelarte cuando estudiaba, por escucharme cuando te necesitaba, por todo tu apoyo, que sin ti no serían posibles mis metas como estas, gracias, Dios te bendiga hoy y siempre.

A MIS HERMANOS

Por haberme traído a mis sobrinas, que son quienes en los momentos difíciles de mi vida alumbran mi camino, gracias Sara Jeimi, Valeria Jamileth, y al bebe que viene en camino.

A MI NOVIO

Víctor Manuel Castillo Castillo, amor de todo corazón gracias por todo tu apoyo, por impulsarme a ser mejor cada día, por tu paciencia, tu confianza pero sobre todo por tu amor.

A LA SRA. ISABEL CASTILLO ORTEGA

Por todo su apoyo, que sin el no hubiera pasado al último escalón que me hacía falta, gracias por ser como es, nunca la voy a defraudar, siempre estaré presente como usted lo estuvo con migo, gracias y que Dios la bendiga hoy y siempre.

GRACIAS A CALZADOS TELLARÍ, S.A. DE C.V.

GRACIAS

INDICE

	PAGINAS
INTRODUCCIÓN.....	1
1. FUNDAMENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.....	2
1.1 Justificación.....	2
1.2 Objetivos.....	3
2. MARCO TEORICO.....	4
2.1 Historia natural de la enfermedad.....	4
2.2 Niveles de prevención.....	15
2.3 Anatomía y fisiología.....	11
3. METODOLOGÍA DEL TRABAJO.....	17
3.1 Valoración.....	17
3.2 Diagnostico.....	21
3.3 Plan de atención.....	34
3.4 Técnicas e Instrumentos.....	39
3.5 Plan de alta.....	40
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	41
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	43
ANEXOS.....	47
BIBLIOGRÁFIAS.....	53

INTRODUCCIÓN

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

La selección de este caso clínico se debe a que la neumonía en un 30% prevalece en el adulto mayor y el 50% en los niños (Kumate et al, 2001). La neumonía es una enfermedad aguda de las vías respiratorias causada por diferentes microorganismos patógenos siendo las principales las bacterias y los virus.

Este caso clínico se considera interesante, porque nos va a permitir aplicar un plan de atención individualizado en la atención de un paciente con neumonía. Identificar los agentes causantes de la neumonía y las medidas preventivas que se deben aplicar. Tener información actualizada y precisa sobre la historia natural de la neumonía de manera claro y legible.

El presente trabajo esta organizado de la siguiente manera: En el primer capitulo comprende la fundamentación del caso clínico abarcando la justificación y objetivos. En el segundo capitulo se presenta marco teórico que incluye historia natural de la enfermedad, niveles de prevención y anatomía y fisiología del aparato respiratorio. En el tercer capitulo se presenta la metodología del trabajo el cual contiene valoración, diagnostico de enfermería, plan de atención, técnicas e instrumentos, plan de alta y finalmente se presentan conclusiones, recomendaciones, glosario de términos, anexos y bibliografía.

FUNDAMENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

JUSTIFICACIÓN

El presente Proceso de atención de Enfermería se realizó con la finalidad de brindar una atención oportuna con el sentido de responsabilidad y calidad humana al paciente que cursa con el proceso de neumonía.

Además nos permite conocer, observar e identificar las necesidades y/o problemas que se pueden solucionar a través de la identificación oportuna de diagnósticos de enfermería y proporcionar cuidados de manera integral.

El interés por realizar este estudio clínico es para dar una atención de calidad en una persona adulta mayor que cursa con neumonía. El 60% y 70% de la neumonía que se presentan son causados por virus y un 30% y 40% son causados por bacterias y brindar un tratamiento específico y oportuno para evitar posibles complicaciones y llegar a la muerte (Kumate et al 2001).

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Contar con un instrumento que guíe las acciones de enfermería para el cuidado del paciente con neumonías.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Brindar una atención de calidad a los pacientes con neumonía para mejorar su calidad de vida.

Identificar los diferentes agentes causantes de neumonía en la literatura.

Proporcionar cuidados específicos de enfermería a pacientes con neumonía identificando el tipo de agente causal.

Conocer todas las complicaciones que se presentan en un cuadro de neumonía.

MARCO TEÓRICO

HISTORIA NATURAL DE LA NEUMONIA

PERIODO PREPATOGENICO

AGENTE BIOLÓGICO

BACTERIAS:

- ▶ *Streptococcus pneumoniae*
- ▶ *Haemophilus influenzae*
- ▶ *Legionella pneumophila*
- ▶ *Klebsiella pneumoniae*

LAS BACTERIAS Son microorganismos unicelulares necesitan un aporte de nutrientes así como unas determinadas condiciones físicas del medio ambiente para su desarrollo (humedad, temperatura, P H) se puede dar en el medio exterior o en el interior de otro organismo vivo, a los que pueden infectar. Se clasifican de acuerdo con su forma en; bacilos, cocos, espirilos. Y por su agrupamiento en estreptococos, estafilococos y diplococos.

Las bacterias se reproducen por planos de división, la bacteria va creciendo hasta dividirse y formar otra bacteria, miden de 1 a 6 micras de longitud. La estructura, la composición química y el espesor de la pared celular difieren en bacterias grampositivas y gramnegativas (Romero 1999) (Gutiérrez et al 1994).

Streptococcus pneumoniae

Es un coco grampositivo de forma oval o esférico mide de 0.5 a 1,25 um de diámetro, puede estar solo en pares o en cadenas cortas. Se presenta en los meses de invierno. Mayor frecuencia en casos comunitarios, ancianos y en pacientes con enfermedad obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca, y alcoholismo, presenta hipertermia de 38. a 40 °C, tos productiva con estrías sanguinolentas y mucopurulentas, dolor torácico pleurico además hay herpes labial frecuente (Harvey et al 1994) (Romero 1999).

Legionella pneumophila

Tiene forma de bacilo, o cocobacilo gramnegativo es móvil crece en el agua y se transmite en aerosoles que son inhalados, la forma neumónica se conoce como enfermedad de los legionarios los signos y síntomas de la neumonía es hipertermia, gran ataque al estado general, cefalea, escalofríos, tos y síndrome de condensación pulmonar, también puede afectar al aparato digestivo, hígado, riñón y el sistema nervioso si el paciente no recibe tratamiento médico la mortalidad es muy alta (Romero 1999)(Harvey et al 1994).

Klebsiella pneumoniae

Es un bacilo aerobio gramnegativo encapsulado. Se presenta con mayor frecuencia en enfermos debilitados, en hospitales, ancianos, alcohólicos y pacientes con enfermedad crónica como diabetes, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o pacientes internados en salas de cuidados intensivos y asilos. Presenta fiebre de 38 a 40 grados centígrados escalofríos múltiples, tos productiva, dolor pleurítico intenso, con esputo muco purulento. Las complicaciones incluyen abscesos pulmonares múltiples con formación de quistes, empiema, derrame pleural puede ser progresivo a la muerte (Gutiérrez et al. 1994) (Harvey et al 1994).

Haemophilus influenzae

Es un coco bacilo gramnegativo, crece a una temperatura de 35-37 grados recolonizan el tracto respiratorio superior, es responsable de diversas enfermedades desde infección respiratoria hasta meningitis. La transmisión del microorganismo se realiza a través de gotas de secreciones de vías respiratorias puede ser causa de enfisema senil, mayor incidencia en alcohólicos, ancianos, pacientes de asilos e instituciones. Mayor incidencia en invierno y primavera (Romero 1999) (Gutiérrez et al. 1994).

VIRUS

► *Virus influenza A y B*

VIRUS Los virus son parásitos intracelulares compuestos de ácido nucleico y proteínas los virus necesitan un huésped para sobrevivir ya que en vida libre no sobreviven presentan un solo tipo de ácido nucleico D N A. o A R N. La infección viral en las vías respiratorias, se desencadena generalmente después de la transmisión del virus de persona a persona, por contacto directo con objetos contaminados (Romero 1994) (Gutiérrez et al).

Virus influenza

Los virus se dividen en tres grupos, A, B y C. Los tipos de influenza A y B son los responsables de las epidemias de enfermedades de las vías respiratorias que se producen en casi todos los inviernos. El tipo de influenza generalmente produce enfermedades respiratorias leves, con más frecuencia en ancianos, también pueden vivir por cierto tiempo sobre objetos como utensilios para comer o beber, manivelas de las puertas, lápices o bolígrafos. (Romero 1994) (Gutiérrez et al, 1994).

HONGOS

► *Aspergillus Fumigatus*

► *Micoplasma pneumonia*

HONGOS Son microorganismos no fotosintéticos la micosis humana representan un grupo de enfermedades se puede clasificar con diferentes criterios el que prevalece es el clínico en función de la localización de las lesiones, la micosis superficial que afecta tejido subcutáneo, originan daño más allá de la piel en algunos casos crónicos se profundizan a hueso, las micosis sistémicas afectan órganos internos y eventualmente aparecen en piel la micosis oportunista aparece en personas con inmunosupresión (Romero 1994).

Aspergillus Fumigatus

Es un hongo oportunista se presenta como una enfermedad necrosante y cavilaría de los pulmones, posteriormente afecta por vía hematógena a otros órganos y tejidos. El aspergillus se asocia a enfermedades sistémicas como leucemias, en pacientes con trasplantes de órganos, a los que reciben tratamiento con esteroides, su distribución geográficamente es mundial. No hay diferencia respecto a edad, sexo ni raza, Se desarrolla frecuentemente y con abundancia como saprobios en vegetales descompuestos, granos de cereales (Romero 1994) (Gutiérrez et al 1994).

Micoplasma pneumoniae

Son microorganismos que no tiene pared celular sus estructura celulares son primitivas, solo tienen membrana, ribosomas y núcleo requiere de medios complejos para su crecimiento. Su hábitad natural es el hombre, coloniza el tracto respiratorio superior e inferior, durante las infecciones respiratorias causadas por esta bacteria, afecta la nasofaringe, faringe, traquea, bronquios, bronquiolos y alvéolos. Se puede aislar en articulaciones, piel, sistema nervioso, sangre y corazón. Las infecciones por micoplasma se presentan durante todo el año, sin embargo se observan un número de casos en otoño e invierno (Romero 1994).

HUESPED

El grupo más vulnerable está presente en niños menores de 4 años y personas mayores de 60 con enfermedades asociadas, no hay preferencias en cuanto a sexo, predomina el sexo masculino, se disemina en todas las razas, con más susceptibilidad en personas con un estado nutricional deficiente, fatiga física y mental (Rico 1989).

MEDIO AMBIENTE

La neumonía puede presentarse en cualquier época del año predomina principalmente en invierno en los meses noviembre, diciembre, enero y en época de primavera (Rivero 1995).

Los climas fríos e inclementes disminuyen la resistencia y favorecen la presencia de la enfermedad, al igual que la promiscuidad, el hacinamiento, la insalubridad y la contaminación atmosférica, se presenta con mayor frecuencia en el nivel socioeconómico bajo (Martínez et al. 1981).

ESTIMULO

Se desarrolla con más facilidad en personas con deficiencia nutricional, los que viven en climas fríos, con hábitos de tabaquismo y alcoholismo ya que interrumpe tanto la actividad mucociliar como la de los macrófagos, (Brunner 1982).

Donde se presentan brotes de virus de la gripe, en personas de edad avanzada que sufren padecimientos respiratorios previos, como bronquitis crónica, y enfisema, favorecen la aparición de neumonía (Rivero 1995).

PERIODO PATOGENICO

ETAPA SUBCLINICA

LOCALIZACION Y MULTIPLICACIÓN DEL AGENTE

Para que se produzca una neumonía es indispensable que los microorganismos patógenos lleguen directamente a los alvéolos venciendo las defensas respiratorias, Cuando una bacteria llega a los alvéolos, éstos reaccionan con edema inflamatorio, los microorganismos se diseminan rápidamente a través del exudado y pasan de un alvéolo a otro, o bien, se infiltran a través de los poros ínteralveolares, la bacteria puede alcanzar fácilmente la corriente sanguínea a partir de los capilares alveolares, y producir la fase septicémica (Rivero 1995).

CAMBIOS TISULARES

En la fase inicial, se caracteriza por edema inflamatorio, existe gran cantidad de gérmenes en los espacios alveolar e intersticial.

En la fase de hepatización roja, presenta petequias subpleurales; los bronquiolos a menudo se encuentran obstruidos con fibrina, los alvéolos están sin aire, llenos de células rojas, y contienen algunos neutrófilos, los capilares intensamente congestivos y las arterias bronquiales proximales al lóbulo afectado también se encuentran obstruidos.

En la fase de hepatización gris, la cual se caracteriza porque el pulmón adquiere un color amarillo grisáceo, los alvéolos se encuentran llenos de neutrófilos y contienen pocas células rojas, la congestión capilar es menor y las arteriolas pulmonares se encuentran trombosadas (Rico 1989).

ETAPA CLINICA

SIGNOS Y SÍNTOMAS

La presencia de escalofrío, tos seca, disnea moderada y dolor de costado discreto son características en el periodo prodrómico. Este cuadro evoluciona rápidamente, en 24 a 48 horas, hacia la hipertermia acompañada de sudoración, la fiebre suele ser elevada, hay expectoración blanquecina o amarillo verdoso, con frecuencia hemoptoico la disnea se vuelve progresiva y coincide con el dolor de costado que aumenta con los movimientos respiratorios y la tos (Rivero 1995).

ENFERMEDAD

La neumonía es una infección aguda de las vías respiratorias inferiores, que produce una inflamación del tejido pulmonar distal a los bronquiolos terminales, conductos alveolares y alvéolos (Kaschak et al. 1994).

INCAPACIDAD

Temporal: Al presentar un desequilibrio o alteración de las vías respiratorias, asociadas con malestar general, en más de tres semanas se incorpora a su vida diaria (Kaschak et al. 1994).

DEFECTO O DAÑO

Las arterias bronquiales se encuentran bloqueadas en su extremo proximal en el lóbulo afectado, los alvéolos están llenos de neutrófilos y relativamente hay pocos hematíes, algunas arterias pulmonares pueden estar trombosadas, los alvéolos son ocupados por macrófagos que salen de los capilares (Rivero 1995).

ESTADO CRONICO

Las personas ancianas y las que sufren de enfermedades crónicas pueden experimentar un período relativamente largo de convalecencia de neumonía y existe una mayor posibilidad que desarrollen complicaciones (Long et al.1994).

Las más frecuentes se relacionan con diferentes condiciones fisiopatológicas:

- Alteraciones hemodinámicas: insuficiencia cardiaca.
- Con el mismo proceso infeccioso: septicemia, choque séptico, empiema, absceso pulmonar.
- Obstrucción respiratoria: atelectasia, enfisema, neuma tócele.
- Ruptura alveolar hacia cavidad vecina: neumotórax, neumomediastino.
- Desequilibrio hidroelectrolítico: acidosis respiratoria, acidosis mixta (Kumate et al. 2001).

MUERTE

La muerte de la neumonía se desencadena por complicaciones como neumotórax por presenta ruptura alveolar o por procesos infeccioso como empiema al haber presencia de pus en el saco pleural (Long et al.1994).

ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL SISTEMA RESPIRATORIO

La anatomía y fisiología del aparato respiratorio esta constituido por: nariz, faringe, laringe, tráquea, bronquios, bronquiolos y pulmones.

NARIZ

Estructura y función:

La nariz consiste en dos partes interna y externa. La porción externa sobresale de la cara, es bastante menor que la interna, situada sobre el suelo de la boca. El interior de la nariz es hueco y esta separado por el tabique nasal en cavidades derechas e izquierda. Los huesos palatinos, que conforma el suelo de la nariz y el techo de la boca, separan la cavidad nasal de la cavidad bucal. En ocasiones los huesos palatinos no se unen por completo, lo cual origina el llamado paladar hendido. La boca solo esta separada parcialmente de la cavidad nasal y hay dificultades para tragar las aperturas exteriores hacia las cavidades nasales reciben el nombre de ventanas nasales. Se abre justamente por debajo del meato inferior, que se denomina vestíbulo. Las coanas son aperturas desde la cavidad nasal interior, por encima del meato superior, que se denominaron nicho esfenoidal hacia la nasofaringe. La nariz esta revestida de mucosa ciliada, al igual que el resto del aparato respiratorio hasta los bronquiolos de menor calibre (Jacob et al. 1999).

FUNCIÓN

La nariz sirve de vía de paso para el aire que entra y sale de los pulmones, filtran las impurezas que contienen, lo calienta, lo humedece y químicamente investiga sustancias que pudieran resultar irritantes para la mucosa del aparato respiratorio. Sirve como órgano del olfato, ya que los receptores de este sentido están situados en la mucosa nasal y ayuda a la fonación (Parker 1983).

FARINGE

Otro nombre de la faringe es garganta tiene una estructura tubular de 12.5 cm. de largo se extiende desde la base del cráneo hacia el esófago y se encuentra justamente por delante de la vértebras cervicales.

Está constituida por músculos y cubierta por una mucosa, tiene tres divisiones anatómicas: nasofaringe, localizada por detrás de la nariz que se extiende desde las coanas hasta el nivel del paladar blando; bucofaríngea, localizada por detrás de la boca, por último laringofaringe se extiende desde el hueso hioides hasta su terminación en el esófago

FUNCIÓN

La faringe actúa como vestíbulo para los aparatos respiratorios y digestivo, deben pasar sobre estas estructuras los alimentos antes de llegar a los sitios adecuados y participa en la fonación (Jacob 1978).

LARINGE

Es un órgano que se encuentra en la parte anterior del cuello, entre la faringe y la tráquea, cuyas paredes están constituidas por cartílagos, de los cuales los más grandes son el *cartilago tiroideo* que forma la manzana de Adán, el cartilago cricoides que tiene la forma de un anillo y el *cartilago epiglotis* que tiene la forma de una hoja y sirve como tapa de la laringe durante la deglución impidiendo que los alimentos pasen a la tráquea.

La laringe tiene forma de tubo y sus paredes están reforzadas por cartilago. En el interior se hallan las cuerdas vocales por lo que se considera a la laringe *el órgano productor del sonido* además es un órgano móvil ya que se mueve con la fonación, la voz y la deglución.

FUNCIÓN

La función principal de la laringe es la filtración del aire inspirado, permite el paso de aire hacia la tráquea y los pulmones además se cierran para no permitir el paso de alimentos durante la deglución si la propia no la ha deseado (Parker 1983) (Jacob et al. 1978).

TRÁQUEA

La tráquea se origina en el cuello, donde se continúa con extremo inferior de la laringe. Desciende por delante del esófago, penetra al mediastino superior y se divide en bronquios principales derecho e izquierdo. La tráquea es un órgano medial, pero cerca de su extremo inferior se desvía ligeramente hacia la derecha. Debido a esto el bronquio principal izquierdo cruza por delante del esófago. Tiene de 15 a 20 barras en forma de C de cartílago hialino las cuales proporcionan rigidez evita que la tráquea se colapse, Tiene fibras elásticas dispuestas longitudinalmente permiten a la tráquea extenderse y descender, junto con los pedículos pulmonares, durante la inspiración. Su elasticidad ayuda a la retracción pulmonar durante la inspiración. Tiene aproximadamente de 9 a 15cm. de largo.

FUNCIÓN

La tráquea brinda una vía abierta para el aire que entra y sale de los pulmones. La tráquea y los bronquios están tapizados de mucus, que ayuda a limpiar las vías respiratorias gracias al movimiento ciliar hacia la faringe. El moco procedente de la tráquea y de las fosas nasales llega a la faringe y es expectorado y deglutido (Parker 1983).

PULMONES

Los pulmones son un órgano par, izquierdo y derecho, son las estructuras más importantes del aparato respiratorio. Son de color rosa grisáceo, con aspecto de cono de base inferior, y están formados por aire casi en su totalidad. El resto es parénquima y tejido conjuntivo esponjoso y elástico. Están recubiertos por la pleura ocupan la mayor parte del tórax.

Los pulmones están ubicados dentro de la caja torácica, protegidos por las costillas y a ambos lados del corazón. Son huecos están cubiertos por una doble membrana lubricada (mucosa) llamada pleura. Están separados el uno del otro por el mediastino.

La pleura es una membrana de tejido conjuntivo, evita que los pulmones rocen directamente a la pared interna de la caja torácica. Posee dos capas, la pleura parietal

o externa que recubre y se adhiere al diafragma y a la parte interior de la caja torácica, la pleura visceral que recubre el exterior de los pulmones, introduciéndose en sus lóbulos a través de las cisuras. Entre ambas capas existe una pequeña cantidad (15 cc) de líquido lubricante denominado líquido pleural.

EL pulmón derecho pesa en promedio 600 gramos y el izquierdo alcanza en promedio los 500.gramos El pulmón derecho está dividido por dos cisuras (mayor y menor) en 3 partes, llamadas lóbulos (superior, medio, inferior). El pulmón izquierdo tiene dos lóbulos (superior e inferior) separados por una cisura (cisura mayor). Esto se debe a que el corazón, ubicado en el lado izquierdo, le quita espacio a dicho pulmón. Se describen en ambos pulmones un vértice (correspondiente a la parte superior, que sobrepasa la altura de las clavículas), y una base (inferior) que se apoya en el músculo diafragmático.

Los pulmones efectúan dos funciones; distribución de aire e intercambio de gases. La distribución de aire hacia los alvéolos es función de los tubos del árbol bronquial. El intercambio de gases entre aire y sangre es la función conjunta de los alvéolos y las redcillas de los capilares sanguíneos que las envuelven. Estas dos estructuras sirven juntas como intercambiadores muy eficientes de gases (Parker 1983) (Jacob et al. 1978).

NIVELES DE PREVENCION

NIVELES DE PREVENCION DE NEUMONIA				
PREVENCION PRIMARIA		PREVENCION SECUNDARIA		PRECENCION TERCIARIA
PROMOCION DE LA SALUD	PROTECCION ESPECIFICA	DX. OPORTUNO TX. ESPECIFICO	LIMITACION DEL DAÑO	REABILITACION
<ul style="list-style-type: none"> • Elevar el nivel médico en la comunidad • Evitar contactos con enfermos y utensilios empleados por los mismos • Desinfección de secreciones Nasales y faringeadas. • Practicar deporte y Recreaciones al aire libre. • Fomentar las medidas higiénicas en general • La adecuada disposición de excretas y de basura 	<ul style="list-style-type: none"> • Buena higiene personal. • Evitar cambios Bruscos de temperatura. • Evitar Auto medicación • Inmunización contra enfermedades Transmisibles. • Vacuna antiinfluenza. • Vacuna Antineumocoxica. • Promover campañas contra enfermedades Energizantes. • Caminar al aire fresco y 	<ul style="list-style-type: none"> • Interrogatorio • Exploración física medica • Mantener al paciente en las mejores condiciones Posibles. • Oxigenoterapia en los Trastornos de hematosis. • Proporcionar vapor de agua que permiten la fluidificación. • Exámenes radiológicos y de gabinete • Radiografía de tórax. 	<ul style="list-style-type: none"> • Control clínico después de su aparente restablecimiento. • vigilar que continúe con el tratamiento Especifico farmacológico. • Fisioterapia Respiratoria. • Proporcionar dieta indicada y vigilar que la acepte. • Evitar complicaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Físico: Incorporar al individuo a su vida útil fuera del hospital alrededor de tres a cuatro semanas. • Social: Ayudar al paciente a adaptarse nuevamente a sus actividades en el Hogar, familia y comunidad.

<p>Mejorara el medio ambiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La planificación familiar proporciona mejores Condiciones de vida. • Fomentar las medidas Higiénicas en general. • Estimular a la población para que asista a los centros de salud a consultas y aplicación de vacunas (Gonzáles et al ., 1984) (Martínez 1981) 	<p>Un descanso adecuado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usar ropa adecuada en las épocas de frió. • Evitar vivir en hacinamiento, principalmente en residencias de Ancianos e instituciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formula blanca. • Emocultivo. • Cultivo de líquido pleural. • Pruebas serológicas. • Antibiótico terapia especifica contra agente causal como: Seftriazona. Amikacina. 	<p>en el manejo y tratamiento oportuno de ellas si se presentan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Drenaje adecuado de las secreciones traqueo Bronquiales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicológico: Brindar a poyo emocional de acuerdo a la gravedad del problema. • Rehabilitación de las Secuelas como: Ejercicios respiratorios Palmopercucion En algunos casos es necesario cirugía (ej. en fibrosis Pulmonar).
---	--	--	---	---

METODOLOGÍA DEL TRABAJO

VALORACION

Es la primera etapa que consiste en la recopilación de análisis de la información con el fin de obtener todos los hechos necesarios para determinar el estado de salud del paciente e identificar sus incapacidades o problemas.

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: E. A. EDAD: 78 años.

SEXO: Femenino LUGAR DE NACIMIENTO: Zacualtipan Hidalgo

LUGAR DE PROCEDENCIA: Zacualtipan Hidalgo

DOMICILIO: Col. Cozapa S/N

ESTADO CIVIL: Madre soltera.

RELIGIÓN: Católica

OCUPACIÓN: Comerciante

ESCOLARIDAD: Sin estudios.

INSTITUCIÓN: I.S.S.S.T.E.

SERVICIO: Urgencias

II. ANTECEDENTES PERSONALES

A) NO PATOLOGICOS

Inmunización: refiere no haber recibido ninguna inmunización desde su nacimiento a la fecha. Padeció sarampión, varicela, con tratamiento médico en su domicilio. Su alimentación es de tres comidas al día, consume frutas y verduras en poca cantidad, acostumbra a comer en la calle, la leche la consume de vez en cuando, ingiere un litro de agua al día, se considera que tiene una alimentación no balanceada. Su eliminación intestinal es normal, últimamente es de consistencia dura, compacta mal olor sin tratamiento para la defecación (estreñimiento). La paciente realiza su higiene personal cada ocho días, higiene bucal una vez al día, en ocasiones no realiza el cepillado dental, el cambio de ropa personal es diario, y de cama cada quince días. El sueño fisiológico es de 11 horas con 2hrs. de descanso por la tarde.

La actividad recreativa es ver televisión y baile en fiestas familiares. Además, fuma dos cajetillas de cigarros al día, inicio a ingerir bebidas alcohólicas a los 20 años de edad y toma actualmente alcohol de manera esporádica. Su ocupación es comerciante, el cual vende tamales en la vía pública.

B) PATOLÓGICOS

Enfermedades que ha padecido desde su nacimiento a la fecha:

Primer embarazo a los 20 años sin control prenatal, parto de término producto sexo femenino normal, segundo embarazo a los 22 años, sin control prenatal, producto de término sexo masculino normal. Con atención médica institucional sana aparentemente, a los 78 años inicia con cuadro gripal y tos, adinamia, con insuficiencia respiratoria, posteriormente se presenta neumonía.

C) PATOLÓGICOS FAMILIARES

Crónico – degenerativos y Hereditarios:

Sus padres con enfermedad de hipertensión arterial, su hermana es diabética ninguno de ellos tiene control medico ni alimenticio.

Tumores: Su hermana falleció de un tumor en vientre, se ignora si el tumor fue maligno.

Ulceras: Su sobrino de 38 años presenta ulcera gástrica, recibe tratamiento medico.

Otros: Su tía de la misma, de 40 años de edad tiene artritis reumatoide, ignoran si tiene tratamiento medico.

III. DESCRIPCIÓN FÍSICA

Paciente conciente acude al servicio de urgencias de la clínica ISSSTE de Pachuca al sentir dificultad para respirar, con disfonía y tos productiva, hematemesis, astenia, adinamia, con sibilancias en campos pulmonares, con signos vitales de Temperatura: 36.5^oC Frecuencia R 22 x' Frecuencia C. 86 x' Presión arterial: 113/ 60 peso: 50 Kg. Talla: 1.60. Se observa paciente con tos productiva, y cianosis, refiere presentar estreñimiento.

IV. DINAMICA FAMILIAR

a) Composición familiar.

La paciente vive con dos sobrinos y su hijo en Zacualtipan. Además tiene una hija y su nieta que vive en Pachuca el cual le brindan apoyo económico, físico y moral. La paciente es comerciante ambulante vende tamales para apoyarse económicamente.

Hijo	G. H. A.	50 años de edad	Empleado
Sobrino	C. H. A.	48 años	Empleado
Sobrina	R. G. G.	45 años	Hogar

b) Información o conocimiento que tiene el individuo del problema. La paciente tiene conocimiento sobre el problema de neumonía y esta conciente que fue debido a que fumo demasiado de joven.

c). Participación del paciente y la familia en la solución del problema.

La familia le brinda apoyo físico, económico y moral de acuerdo a sus posibilidades. Su hija y su nieta eran las más interesadas por la paciente. Por otro lado se observo que la paciente no colabora para la recuperación.

V. AMBIENTE FISICO

a) Características

La casa esta ubicada en un lugar apartado del centro de Zacualtipan, es propiedad de la paciente. Cuenta con cocina, dos habitaciones amplias que las utiliza para dormir y con poca ventilación e iluminación. El tipo de construcción es de cantera, el techo de lámina y el piso rustico. Convive con animales domésticos como: perros, gatos, pollos y cerdos.

b) Servicios públicos específicos de salud con que cuenta:

Es derecho habiente del Hospital regional de la clínica ISSSTE por lo que acude a su tratamiento.

c) Servicios públicos inespecíficos.

Cuenta con el servicio de agua potable suficiente. Además, no tiene un control de basura ya que ésta es depositada en un lugar cercano a su domicilio. Tienen el servicio de drenaje, energía eléctrica, transporte público, mercados, jardines de niños, escuelas públicas y particulares. Refiere la paciente que no tiene pavimentación ni banquetas en sus calles.

VI. EXPLORACIÓN FÍSICA

Exploración céfalo caudal:

Cabeza: sin ninguna cicatriz quirúrgica con pelo negro canoso, se cae fácil, quebradizo, muy enredado, no hay presencia de tumoración o malformación, ojos hundidos, sin ninguna cirugía, no utiliza anteojos, ni lentes de contacto. Con disnea, oídos escuchando perfectamente, en la cavidad bucal se observan encías sin dientes, cuello normal.

Tórax anterior: ruidos cardiacos presentes de 100 latidos por minuto, en intensidad y ritmo, glándulas mamarias normales no hay presencia de tumoración ni cicatrices alguna.

Tórax posterior: pulmones obstruidos con estertores, ruidos crepitantes y 32 respiraciones por minuto. Presenta tos productiva con hemoptisis. Espalda enrojecida por estar en una misma posición de manera prolongada dado que no aceptaba moverse.

Abdomen: presenta ligero dolor abdominal a la palpación, y con vientre ligeramente abultado. Además, distensión abdominal sin ninguna cicatrización quirúrgica.

Extremidades superiores: No se observa lesión o cicatrización, buena movilidad con las palmas de las manos enrojecidas con inicio de micosis en uñas y presencia de cianosis unguial.

Extremidades inferiores y superiores: sin lesiones ni cicatrices en miembros inferiores con dolor a la movilidad y presencia de micosis en uñas.

Genitales: de acuerdo a edad y sexo, sin lesiones de tipo venéreo.

VII. DIAGNOSTICO MEDICO: Neumonía más EPOC.

VIII. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Patrón respiratorio ineficaz relacionado con presencia de edema inflamatorio en alvéolos pulmonares manifestado por cianosis, fatiga, disminución de la energía, Disnea y tos.

Alteración de la nutrición por defecto relacionado con incapacidad para ingerir los nutrientes, manifestado por bajo peso corporal, palidez de tegumentos y debilidad.

Estreñimiento relacionado con la falta de ingesta de líquidos y movilidad física manifestado por distensión abdominal, dolor en el abdomen, heces duras y secas.

Déficit de auto cuidado / higiene, relacionado con la incapacidad de movilidad física manifestado por debilidad, cansancio, desalineada.

Riesgo del deterioro de la integridad cutánea relacionado con la falta de movilización física.

IX. TRATAMIENTO

Dieta blanda.

Administración de solución glucosaza al 5 % de 500 cc P/ 24 hrs.

Oxigeno a dos litros por min. Con mascarilla facial.

Nebulizaciones con dos cm. de salbutamol más dos cm. de sol. Fisiológica cada 4 hrs.

Furosemide 20 mg. I.V. cada 12 hrs.

Ambroxol jbe. 10cc. V.O. cada 8 hrs.

Ranitidina 50mg I.V. cada 24 hrs.

Ceftriazona 1gr. I.V. cada 12 hrs.

Salbutamol dos disparos cada 8 hrs. Sulfato ferroso 1 tableta V.O. cada 24 hrs.

Signos vitales por turno.

Cuidados generales de enfermería

Reposo absoluto en posición fowler.

Baño de esponja

Fisioterapia pulmonar 10 min. Posterior a la nebulización.

RESUMEN CLINICO

Adulto mayor femenino de nivel socio económico bajo con hábitos alimenticios e higiénicos deficientes, con una dieta normal no balanceada ya que no consume frutas ni verduras, líquidos en poca cantidad y con hábitos de tabaquismo, acude al servicio de urgencias de la clínica ISSSTE de Pachuca refiriendo tos productiva hemoptoica, disnea, ruidos crepitantes, con presencia de cianosis unguial, con ligero dolor abdominal y bajo peso. Es valorada por el medico responsable del servicio.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración, es “Un juicio clínico sobre la respuesta humana de una persona, familia o comunidad a procesos vitales y a problemas de salud y de riesgo”, en donde enfermería es responsable de su predicción prevención y tratamiento en forma independiente.

- Patrón respiratorio ineficaz relacionado con presencia de edema inflamatorio en alvéolos pulmonares manifestado por cianosis, fatiga, disminución de la energía, disnea y tos.

Mejorar el patrón respiratorio en el menor tiempo posible con las medidas de oxigenación.

- Alteración de la nutrición por defecto relacionado con incapacidad para ingerir los nutrientes, manifestado por bajo peso corporal, palidez de tegumentos y debilidad.
Mejorar el estado de nutricional de la paciente mediante el apoyo Psicológico y nutricional de acuerdo a las características de la paciente.
- Riesgo del deterioro de la integridad cutánea relacionado con la falta de movilización física.
La piel permanecerá intacta y sin signos de irritación.
- Estreñimiento relacionado con la falta de ingesta de líquidos y movilidad física manifestado por distensión abdominal, dolor en el abdomen, heces duras y secas.
Estimular la defecación en la paciente, sin dolor en aumento y Frecuencia.
- Déficit de auto cuidado / higiene relacionado con la incapacidad de movilidad física manifestado por debilidad, cansancio, desalineada
Mantener a la paciente en las mejores condiciones de agine, limpia y arreglada.
- Aislamiento social relacionado con la falta de la visita familiar manifestado por tristeza y sentimientos de soledad
Evitar sentimientos depresivos en la paciente.

PLANEACIÓN

La planeación implica una serie de fases, en las cuales la enfermera establece las prioridades, anota los objetivos o las respuestas esperadas y escribe las actividades de enfermería que se van a realizar para solucionar los problemas identificados y para coordinar el cuidado prestado por todos los miembros del equipo de salud, así como la razón científica que fundamenta la acción que realiza la enfermera.

PLAN DE CUIDADOS

Diagnóstico de enfermería: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con presencia de edema inflamatorio en alvéolos pulmonares manifestado por cianosis, fatiga, disminución de la energía, disnea y tos.

Objetivo: Mejorar el patrón respiratorio en el menor tiempo posible con las medidas de oxigenación.

Acción / Intervención de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantener vías aéreas permeables con la aspiración de Secreciones P. R. N. ▪ Colocación de oxígeno por mascarilla ▪ Mantener al paciente en posición semifowler 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La aspiración de secreciones favorece la permeabilidad de las vías aéreas. ▪ El ajuste hermético de la mascarilla a la cara del paciente asegura una concentración mayor de oxígeno. ▪ La posición semifowler favorece la expansión de los pulmones y la oxigenación de los tejidos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se realizó aspiración de Secreciones frecuentemente para mantener vías aéreas Permeables. ▪ El paciente no mejoró con las medidas de oxigenación, continúa con cianosis ▪ La paciente acepta la posición que se le proporciona.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vigilar presencia de Cianosis, revisando uñas y labios. ▪ Medición de signos Vitales: Presión arterial, pulso, temperatura y respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La cianosis es más evidente en aquellos sitios en los que la piel es delgada y poco pigmentada (labios, lechos unguiales) ▪ El desequilibrio físico o psicológico provoca alteraciones en los signos vitales.(Rosales 2004) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El llenado capilar siempre fue lento, continuaba con cianosis. ▪ Se mantuvieron dentro de límites normales
--	--	---

PLAN DE CUIDADOS

Diagnostico de Enfermería: Alteración de la nutrición por defecto relacionado con incapacidad para ingerir los nutrientes, manifestado por bajo peso corporal, palidez de tegumentos y debilidad.

Objetivo: Mejorar el estado de nutricional de la paciente mediante el apoyo psicológico y nutricional de acuerdo a las características de la paciente.

Acción / Intervención de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ofrecer una alimentación equilibrada en cantidad y calidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una dieta equilibrada comprende alimentos a elección que proporcionen cantidades de proteínas-, carbohidratos, grasa, vitaminas y minerales. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se proporciono una dieta balanceada aceptando en poca cantidad.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer las posibles causas de desnutrición. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La dieta inadecuada debido a pobreza, inaccesibilidad e ignorancia, infecciones, factores socioculturales, preparación y sistemas de comida, son factores predisponentes de desnutrición. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La paciente come en poca cantidad frutas y verduras, ya que consumía alimentos públicos.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Animar o estimular a ingerir sus alimentos de acuerdo a su consistencia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La ingesta de alimentos básicos (leche y derivados, carne, verduras, frutas y cereales), en cantidad suficiente de acuerdo al peso, sexo, edad, talla, 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hay poca respuesta a ingerir los alimentos a pesar de la dieta con apariencia, textura y aroma agradable.

	actividad y estado físico, favorecen una buena nutrición.	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayudar a comer al paciente ya que se encuentra imposibilitado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existen padecimientos o razones médicas que impiden o limitan la participación del paciente en su alimentación. ▪ La interacción y comunicación afectivas, contribuyen en el logro y conservación del equilibrio psicológico. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se brinda apoyo emocional para ingerir los alimentos, teniendo resultados poco positivos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordinarse con el departamento de Dietología. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La relación interdepartamental incrementa la atención integral del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se solicita la intervención de la dietologa para su dieta indicada
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar higiene bucal frecuente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La falta de limpieza bucal y los malos hábitos alimentarios alteran el funcionamiento del aparato digestivo. (Rosales 2004) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Su mal estado general no permite realizar el enjuague bucal tres veces al día.

PLAN DE CUIDADOS

Diagnostico de enfermería: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con la inmovilización física y reposo en cama.

Objetivo de Enfermería: La piel, permanecerá intacta y sin signos de irritación.

Acción / Intervención de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporcionar baño de esponja. ▪ Secar perfectamente la piel y dar masaje con loción, alcohol o talco según el caso. ▪ Aplicar crema y loción después del baño 	<ul style="list-style-type: none"> • La integridad de la piel, y mucosas es la primera línea de defensa del cuerpo contra la invasión de agentes infecciosos • Los movimientos aumentan la circulación sanguínea. Las fricciones producen un efecto relajante. ▪ El exceso de alcalinidad del jabón libera la grasa protectora de la piel. Las lociones o cremas mantienen la piel suave y libre de excoriaciones y grietas producidas por la falta de grasa. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La limpieza general que se proporciona a un paciente ayuda a la eliminación de sudor, polvo, y células muertas. ▪ Aceptaba el masaje una vez al día. ▪ Se mantuvo la piel integra, lubricada sin presentar signos de enrojecimiento ni sequedad anormal.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar cambios frecuentes de posición al paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los pacientes deben efectuar cambios frecuentes de posición cada 2 hrs., siempre y cuando se respeten las indicaciones médicas, ▪ Se debe mover al paciente suavemente teniendo la alineación del cuerpo en todo momento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La paciente no aceptaba los cambios frecuentes de posición se mostraba irritable.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proteger prominencia óseas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Todas las partes del cuerpo deben estar bien apoyadas en las posiciones funcionales sin que haya presión, arrastre ó fuerza.(Rosales 2004) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No hubo inicio de escara en ningún momento.

PLAN DE CUIDADOS

Diagnostico de enfermería: Estreñimiento relacionado con la falta de ingesta de líquidos y movilidad física manifestado por distensión abdominal, dolor en abdomen, heces duras y secas.

Objetivo de Enfermería: Estimular la defecación en la paciente, sin dolor en aumento y frecuencia.

Acción / Intervención de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporcionar la ingesta de líquidos orales calientes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El aumento de ingesta de líquidos reduce la incidencia del estreñimiento y los líquidos calientes estimulan el peristaltismo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No se logro la evacuación de la paciente en 24 hr.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valorar el estado de hidratación, dolor y peristaltismo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La valoración permite identificar factores que se relacionan con el estreñimiento así como sus manifestaciones clínicas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se explica a la paciente la importancia de ingerir líquidos y obtener manifestaciones clínicas.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar al paciente sobre el estreñimiento y sus manifestaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La educación es la base para que modifiquen patrones de conducta y se propicie el cambio. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La defecación es un acto voluntario por lo menos una vez al día.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comprender las alteraciones en la eliminación intestinales. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La alteración en la eliminación intestinal son originados por enfermedades orgánicas o alteraciones funcionales relacionadas con situaciones psíquicas (estreñimiento y diarrea). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las enfermedades orgánicas favorecen el estreñimiento.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientar al paciente sobre hábitos higiénicos en la eliminación intestinal. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una dieta equilibrada, ingestión suficiente de líquidos, ejercicio y control emocional, son factores que determinan la cantidad y el tipo de eliminación intestinal. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La dieta normal rica en fibra la acepta en poca cantidad.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enseñar a practicar un masaje suave y lubricante sobre el abdomen mientras permanece hospitalizado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El peristaltismo intestinal y la estimulación de terminaciones nerviosas sensitivas en el recto, son factores que motivan el reflujo de la defecación. (Rosales 2004) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se proporciona masaje suave y sutil a la paciente una vez en turno.

Diagnostico de enfermería: Déficit de auto cuidado / higiene relacionado con la incapacidad de la movilidad física manifestado por debilidad, cansancio y desalineada.

Objetivo: Brindar aseo personal y mantenerla presentable.

Acción / Intervención de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La enfermera observara la piel y su aspecto 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La edad es un factor determinante en los cambios de la piel en cuanto a la elasticidad, pigmentación e hidratación. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se trato de mantener su piel hidratada y lubricada.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientar a la paciente los buenos hábitos de limpieza. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La gran diversidad de normas higiénicas dentro de la sociedad reflejan las normas culturales de los diversos grupos que la contribuyen. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La paciente acepta el baño corporal por la mañana.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se explica a la paciente que se peinará el pelo y lo mantendrá arreglado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El cuidado del pelo es importante para su aspecto personal y su sensación de bienestar. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La paciente acepta el peinado del pelo y mantenerlo arreglado durante el día.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicar a la paciente el porque conservar limpia e integra la piel y mucosas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La piel y mucosas son las primeras líneas de defensa contra agentes patógenos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se mantiene limpia la piel y mucosas durante el turno.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se proporciona agua para realizar el enjuague 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La eliminación de material orgánico de la 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acepta el enjuague de la boca una vez al día.

de la boca.	cavidad oral previo al cepillado dental, produce una significativa demolición de placa dentóbacteriana.	
▪ Se realizo corte de uñas de pies y manos.	▪ Las uñas son placas córneas de queratina que se desarrollan continuamente desde las células de la epidermis.	▪ La paciente acepto se realizara el corte de uñas de miembros superiores e inferiores.
▪ Se coloco bata limpia a la paciente.	▪ La sensación de frescura y limpieza contribuyen a percibir positivamente un ambiente agradable. (Rosales 2004)	▪ La paciente acepta cambio de ropa personal.

PLAN DE ATENCION

<p>Diagnostico de enfermería: Aislamiento social relacionado con la falta de la visita familiar manifestado por tristeza y sentimientos de soledad.</p> <p>Objetivo: Evitar sentimientos depresivos en la paciente.</p>		
Acción / Intervención de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener platicas amenas con la paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • El trabajo conjunto enfermera paciente necesita comprensión de la situación del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se trato de mantener la comunicación entre Enfermera paciente.
<ul style="list-style-type: none"> • Acompañar a la paciente en sus horas de comida 	<ul style="list-style-type: none"> • La identificación y aceptación de capacidades, limitaciones sentimientos o actitudes, incremental el sentimiento de seguridad y bienestar 	<ul style="list-style-type: none"> • Se observa tranquila durante su alimentación
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se practico la lectura charlas sobre la misma. 	<ul style="list-style-type: none"> • La interacción y comunicación afectivas contribuyen en el logro y conservación del equilibrio psicológico. (Rosales 2004) 	<ul style="list-style-type: none"> • Se observa animada durante la charla

PROBLEMA INTERDEPENDIENTE: Neumonía más EPOC.		
Acción / Intervención de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> • Dieta blanda 	<ul style="list-style-type: none"> • La alimentación deberá ser completa, variada y equilibrada (carbohidratos 50%, proteínas 30% grasas 20%) 	<ul style="list-style-type: none"> • Se motiva a la paciente a ingerir su desayuno, comida y cena sin embargo ingiere en poca cantidad.
<ul style="list-style-type: none"> • Solución glucosaza 500cc para 24 hrs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las causas mas frecuentes por las que un paciente presenta un desequilibrio hidroelectrolitico son primarias (ingestión insuficiente de agua, electrolitos y alimentos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Se canaliza vena fijando correctamente el punzocat para evitar fugas de solución. Se mantiene permeable la venoclisis
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Administración de oxígeno por mascarilla facial 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El ajuste hermético de la mascarilla a la cara del paciente asegura una concentración mayor de oxígeno. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se explica al paciente la importancia de la mascarilla y acepta la colocación de la misma
<ul style="list-style-type: none"> • Ambroxol jarabe 10ml vía oral cada 8 hrs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es un mucolítico y expectorante estimula la síntesis y secreción del factor surfactante, el cual forma una película a través de todo el epitelio respiratorio facilita el desplazamiento y transporte de las secreciones bronquiales hacia el exterior, incrementa la potencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Se ministro tratamiento para facilitar la expulsión de secreciones.

	vibratoria del epitelio ciliar y su administración favorece la concentración de antibióticos en el epitelio pulmonar.	
<ul style="list-style-type: none"> • Salbutamol en aerosol dos disparos vía oral cada 8 hrs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es un broncodilatador relajante del músculo lizo bronquial, disminuye la producción de moco, mejora el aclaración mucosiliar, estabiliza la membrana de algunas células inflamadas absorbe por vía mucosa orofaríngea y se distribuye con rapidez a las vías respiratorias; llegando a la cedula blanca(bronquios, bronquiolos y alvéolos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Se administra tratamiento para mejorar la producción de secreciones y mejorar la respiración
<ul style="list-style-type: none"> • Ceftriazona 1gr I V cada 2 hrs. Por 10 días. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es un antibiótico cefalosporínico de amplio espectro y acción prolongada, de uso parenteral, actúa inhibiendo la síntesis de la pared bacteriana. Incluye en su espectro bacterias grampositivas como staphilococcus aureus, estreptococo pneumoniae, streptotoco Pyogenes. Bacterias 	<ul style="list-style-type: none"> • Se administra tratamiento con antibiótico para reducir la infección obteniendo pocos resultados.

	<p>gramnegativas como haemophilus influenzae, klebsiella pneumoniae, Moraxella catarralis.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Sulfato ferroso 1 tableta vía oral cada 24 hrs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es útil para corregir la deficiencia en pacientes con anemia los 24 mg. de hierro es elemental derivados del fumarato ferroso complementan los requerimientos diarios para una adecuada concentración en la hemoglobina con esto se evita una anemia carencial (apellido, año) 	<ul style="list-style-type: none"> • Se administra tratamiento farmacológico y se registra en la hoja de enfermería.
<ul style="list-style-type: none"> • Ranitidina 50mg I V cada 24 hrs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es un antagonista de la histamina a nivel de los receptores H2 actúa uniéndose a los receptores y, al no permitir la acción de la histamina, la secreción del ácido clorhídrico se inhibe en forma poderosa, Ranisen inhibe la secreción ácida tanto basal como estimulada por pepsina gástrica, histamina y alimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se administra tratamiento farmacológico para evitar una posible úlcera gástrica.

<ul style="list-style-type: none"> • Furosemide 20mg. I V cada 24 hrs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inhibe la reabsorción de sodio y cloruro en el asa ascendente de henle, dando por resultado la excreción de sodio, cloruro y, en menor grado de iones potasio y Bicarbonato. La orina resultante es más asida. La acción diurética es independiente de los cambios en el balance ácido-base del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hay respuesta positiva en la eliminación de diuresis
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Senosidos A B cada 12 horas vía oral. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actúa en el intestino grueso, mediante un efecto irritante local, aumentando la frecuencia de los movimientos periódicos de masa y disminuyendo la actividad segmentante que obstaculiza el tránsito intestinal. (Rosenstein 1999) (Mosquera 1988) (Valasco et al. 2004) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ presenta una evacuación en poca cantidad de consistencia dura en 24 hrs.

EJECUCIÓN

Consiste en llevar a cabo el plan de cuidados. Durante esta fase la enfermera continua recogiendo datos para obtener información que permitirá la evaluación de los objetivos, si el plan de cuidados es realista y ayuda al cliente a lograr las respuestas o metas deseadas, si se ha considerado las prioridades del cliente, si el plan está individualizado para cubrir las necesidades particulares de éste.

EVALUACION

Es la última etapa del proceso se valora la respuesta del cliente a las actuaciones de enfermería y después se compara esta respuesta a los estándares fijados con anterioridad. La enfermera determina en que medida los objetivos o las respuestas esperadas han sido parcialmente alcanzadas, o no conseguidas. Si los objetivos no se han conseguido, es imprescindible reajustar el plan de cuidados.

TECNICAS E INSTRUMENTOS

Para obtener los datos y elaborar este trabajo se logro a través de la observación directa y profunda de los signos y síntomas del adulto mayor que sirviera de apoyo para la valoración, se llevo acabo la entrevista e interrogatorio, está se conduce en una forma directa para conocer los datos personales, el estado actual en que se encuentra la paciente, así como sus antecedentes personales y hereditarios hábitos y costumbres, de esta manera se llega a la elaboración de la historia natural de la enfermedad, posteriormente se continua con la exploración física iniciando por el método cefalo caudal para así obtener el diagnostico de enfermería y los cuidados posteriores de la misma.

Se requirió del apoyo del familiar, equipo de salud, del expediente clínico, y de la investigación documental, utilizando manuales de medicina externa, libros de microbiología y parasitología, de neumología médica, así como libros de enfermería.

Mediante la entrevista debe existir una observación profunda de enfermero paciente y brindar confianza tanto paciente como a familiares y desarrollar la empataría entre ambos para obtener datos precisos y confiables que sean de utilidad para la elaboración del trabajo.

PLAN DE ALTA

Adulto mayor femenino, conciente tranquilo, febril, con signos vitales dentro de límites normales, se observa con buena coloración de piel y tegumentos, aceptando y tolerando la vía oral, con buena ventilación pulmonar no se presentan estertores con mucosas orales hidratadas, micciones y evacuaciones normales, presencia de tos productiva escasa hasta el momento, su evolución es satisfactoria. Es dada de alta por mejoría a la vez se canaliza a consulta externa para su cita actual en 15 días para su observación y valoración de la misma.

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

- Se verificó de la firma del médico en la hoja de alta de la paciente.
- Se procedió a retirar venoclisis y dejar cómodo al paciente.
- Se informó a los familiares del alta de la paciente.
- Se solicitó la ropa personal del paciente para vestirse.
- Se comprobó que se hizo la receta médica y la firma del médico.
- Se brindó orientación al familiar para que realizará los trámites de alta y regresará al servicio para sus indicaciones.
- Se proporcionó silla de ruedas para el traslado de la paciente.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

El haber realizado un adecuado proceso atención de enfermero, se logro que la paciente (adulto mayor) con diagnostico de neumonía lograra una recuperación satisfactoria corrigiendo la insuficiencia respiratoria, cianosis, tos productiva, dolor, y recuperara su estado de animo, que presento a su ingreso a la clínica. Se le proporciono acciones de enfermería específicas e individualizadas y sistemáticas que nos condujeron a una evolución satisfactoria de dos semanas, así mismo se brindo orientación a los familiares sobre medidas preventivas e higiénicas y dietéticas, con el fin de evitar posibles recaídas.

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

RECOMENDACIONES

Se recomienda que el personal de enfermería aplique la metodología del proceso de atención de enfermería en la práctica profesional para brindar una atención individualizada, de calidad, humanística y sistemática en las diferentes instituciones de salud.

Se orienta y recomienda a la paciente y familiar la importancia de consumir una dieta según tolerancia equilibrada rica en Vitamina C (cítricos) como naranja, piña, limón, kiwi, mandarina, que comprenda alimentos a elección que proporcionen cantidades suficientes de proteínas como carnes, pescado , huevos, aves y productos lácteos; Vitamina A como hortalizas verdes, amarillas, frutas y aceite de hígado de bacalao; así como carbohidratos cereales (arroz, trigo, lentejas, maíz) también es importante consumir fibra y abundantes líquidos por lo menos dos litros al día.

Se explica la importancia de evitar la transmisión de la enfermedad, girando la cabeza al toser y cubrirse la boca con un pañuelo, usar el pañuelo solo una vez y arrojar el pañuelo al contenedor de basura.

Se recomienda el ejercicio según tolerancia al aire libre o caminatas que se realicen por la mañana y cubrirse la boca para evitar que respire aire frío.

Se explicara la importancia de usar ropa abrigadora y evitar las corrientes de aire y consumir líquidos calientes para evitar recaídas, y o tomar sus medicamentos en horario prescrito por su médico tratante, acudir a su cita médica o antes si es necesario.

Explicar al paciente y familiar la importancia de evitar el consumo de alcohol y tabaco ya que pueden irritar la mucosa bucal.

Explicar la necesidad de evitar el consumo de medicamentos sin receta y sin aprobación médica.

Se le informa la importancia que tiene el baño diario con agua caliente a una temperatura normal.

Cambio de ropa personal diario.

Cepillado dental después de cada alimento.

Cambio de ropa de cama por lo menos una vez a la semana.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

ANAEROBIOS FACULTATIVOS. Bacterias que pueden crecer con metabolismo oxidativa al utilizar oxígeno como aceptor terminal de electrones, o en condiciones anaerobias, empleando reacciones de fermentación para obtener su energía.

BACTERIAS AEROBIAS. Requieren oxígeno como aceptor terminal de electrones y no crecen en condiciones anaerobias (es decir, en ausencia de O).

BACTERIAS ANAEROBIAS. No emplean oxígeno para su crecimiento y metabolismo, sino que obtienen su energía de reacciones de fermentación. Una definición funcional de anaerobios es que para su crecimiento requieren

BRONQUIO. Uno de los grandes conductos pulmonares a través de los cuales penetra el aire inspirado y se exhalan los gases de desecho.

La pared bronquial tiene 3 capas. La más externa está constituida por un tejido fibroso denso reforzado con cartílago. La media y la interna corresponde a una membrana mucosa ciliar entre las distintas clases de bronquios se encuentran los bronquios lobulares, los bronquios primarios, los bronquios secundarios y los bronquios segmentarios.

BRONQUIO LOBAR. Bronquio que se encuentra en el bronquio principal y uno segmentario en cada uno de los lóbulos de los pulmones derecho e izquierdo.

COMPLICACIÓN. Fenómeno que sobreviene en el curso de una enfermedad sin ser propio de ella, agravándola generalmente coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo paciente.

CORONAVIRUS. Familia de virus de la que forman parte varios tipos capaces de causar enfermedad respiratoria aguda

DISNEA. Dificultad para respirar que puede deberse a ciertas enfermedades cardiacas o respiratorias, ejercicio extenuante o ansiedad

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA. Planteamiento de un problema real o potencial para el estado de salud de una persona, que un profesional de enfermería esta calificado y autorizado para tratar.

EDEMA PULMONAR. Acumulación de líquido extravascular en el tejido pulmonar y los alvéolos, provocado con mayor frecuencia por la insuficiencia cardiaca congestiva.

FIBRINA. Sustancia albuminoidea, proteína, de la sangre y de los líquidos serosos del cuerpo. Se observa en masas fibrilares blancas, elásticas, insoluble en agua, alcohol y éter, pero soluble en los ácidos diluidos y en los álcalis. La fibrina no existe en la sangre circulante, sino que se forma del fibrinógeno por la acción de la trombina.

HEPATIZACIÓN. Transformación del tejido pulmonar en una masa sólida similar por su aspecto a la del tejido hepático.

HEMATOGENO. Producido en la sangre o derivado de ella.

HEMODINAMICA. Estudios de los movimientos de la sangre de las fuerzas que los impulsan.

HEMOPTISIS. Expulsión de sangre procedente de las vías respiratorias con la tos. En las infecciones de las vías respiratorias y en las bronquitis no muy importantes se expulsan.

HEPATOMEGALIA. Aumento de volumen del hígado, que lo hace palpable por debajo del reborde costal derecho.

HIPOXEMIA. Oxigenación deficiente de la sangre. Escasez de acido en la sangre.

HISTOLOGIA. Ciencia que se ocupa de la identificación microscópico de células y tejidos.

INFLAMACIÓN. Estado morbosos complejo con fenómenos generales, diversamente definido, que en sustancia se reduce a la reacción del organismo contra un agente irritante o infectante y que se caracteriza esencialmente, desde los tiempos de Celso, por los cuatro síntomas cardinales, rubor, tumor, calor y dolor a los que Galileo añadió histológicamente por vasoconstricción primitiva, seguida de vaso dilatación, lentitud de la corriente sanguínea, acumulación y migración de leucocitos, exudación de líquido y fase de cicatrización.

MACRÓFAGO. Célula fagocítica del sistema retículo endotelial como las células de Kupffer del hígado, los esplenocitos del bazo y los histiocitos del tejido conjuntivo laxo.

MICOPLASMA: Género de organismo ultramicroscópicos carentes de pared celular rígido y considerados como los seres más pequeños capaces de vida independiente.

MUTACIÓN: Alteración del material genético ocurrido de forma espontánea o por inducción que modifica la expresión original del gen.

MUCOPURULENTO: Que se caracteriza por una combinación de moco y pus.

MUERTE: Interrupción de la vida indicado por la ausencia de latido cardíaco o de respiración.

MICROBIANO. Sufijo que indica relación con microorganismos: amicrobiano, monomicrobiano, poli microbiano.

NEBULIZADOR: Aparato utilizado para vaporizar o dispersar un líquido en partículas muy finas.

NECROSIS: Muerte de una porción de tejido consecutiva a enfermedad o lesión.

NEUMATOCELE. Cavity de paredes delgadas situadas en el parénquima pulmonar que se origina por la obstrucción parcial de las vías aéreas

NEUMOCOCO: Bacteria diplococica grampositiva de la especie diplococos Pneumoniae que es el agente causal más frecuente de la neumonía bacteriana.

NEUMOTORAX: Colección de aire o gas en el espacio pleural que hace que el pulmón se colapse.

PLEURA. Membrana serosa fina que recubre los pulmones u está compuesta por una capa única de células endoteliales aplanadas, dispuestas sobre una membrana delicada de tejido conjuntivo.

PRODRÓMICO. Signo precoz de una enfermedad o alteración que está comenzando a manifestarse

SECRECIÓN INTERNA. Glándula carente de conducto excretor, como por ejemplo una glándula endocrina, que segrega las hormonas hacia la sangre a la linfa, como la apófisis, los paratiroides o las gónadas.

SECUELAS. Cualquier trastorno que se produzca como resultado de una enfermedad. Una terapéutica o una lesión como la parálisis que se produce como consecuencia de la poliomielitis, la sordera que aparéese tras la administración de un fármaco fototóxico.

SECRETAR. Verter una sustancia en una cavidad como un vaso o un órgano, o sobre la superficie de la piel, como en el caso de la glándula

SEPTICEMIA. Infección sistémica caracterizada por la aparición de patógenos en sangre circulante procedente de una infección localizada en cualquier parte del organismo.

ANEXOS

ANEXO A
HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

I.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Edad: _____

Sexo: _____ Lugar de nacimiento:

Lugar de Residencia: _____

Domicilio: _____

Estado civil: _____ Religión: _____

Ocupación: _____

Escolaridad: _____

Institución: _____

Servicio: _____

II.- ANTECEDENTES PERSONALES

a) NO PATOLÓGICOS:

Inmunización: _____ A

Alimentación: _____

Eliminación _____

Intestinal: _____

Higiene: _____

Descanso: _____

Sueño: _____

Actividades: _____

deportivas: _____

Actividades: _____

recreativas: _____

Tabaquismo: _____

Alcoholismo: _____

PATOLÓGICOS

Enfermedades desde el nacimiento a la fecha

PATOLÓGICOS FAMILIARES

Crónico degenerativos

Hereditarios

III. DESCRIPCION FISICA

SIGNOS VITALES: temperatura _____ pulso _____ respiración _____

. Presión arterial _____

MEDICION: peso _____ talla _____

IV. DINAMICA FAMILIAR

a) Composición familiar

Parentesco	Edad	Ocupación	Participación Económica

b) Información o conocimientos que tiene el individuo del problema

c) Participación del paciente y la familia en la solución del problema

V. AMBIENTE FISICO:

a) Características

Vivienda propia

Rentada

Tipo de construcción

Número de habitaciones

Animales domésticos

b) Servicios públicos específicos de salud con que cuenta

Centros de salud _____ Clínicas _____ Hospitales

Consultorios _____ Otros _____

c) Servicios inespecíficos

Agua _____ Control de basura _____ Eliminación de excretas _____ Energía eléctrica _____ Pavimentación

Vías de comunicación _____ Transporte _____ Teléfono

Mercado _____ Jardines _____ Escuelas _____

Clubes _____ Cines _____

VI. EXPLORACION FISICA

VII. DIAGNOSTICO MEDICO

VIII. DIAGNOSTICOS DE ENFRMERIA

IX. TRATAMIENTO

X. RESUMEN CLÍNICO

ANEXO B
PLAN DE CUIDADOS

Diagnostico de enfermería:		
Objetivo		
ACCIÓN / INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN

BIBLIOGRÁFIAS

- GERALD Medo FF. MD, Humberto Guerra 1994 Microbiología mecanismos de las enfermedades Infecciosas. ED panamericana 2ª Edición México.
- GONZALEZ Saldaña Napoleón, Andrés Noe Torales 1984 Infectología Clínica. ED Panamericana. 2ª Edición México.
- GONZÁLEZ Aragón G. Joaquín 2002 Plan de Cuidados y documentación de Enfermería Diagnostico de Enfermería y Problemas Asociados. ED Trillas. 1ra Ed México.
- GUTIÉRREZ Quiroz, Manuel Rodríguez, Rubén López, Raúl Romero1994 Microbiología y Parasitología Medica. ED Méndez S.A. de CV. 1ª edición.
- HARRINSON 1994 Principios de Medicina Interna ED Interamericana. 13ª edición Vol. II España.
- HARVEY 1995 Academia Nacional de Medicina, Tratado de Medicina Interna. ED El manual Moderno. 2ª Ed Vol. I.
- HARVEY, Johns, Mckusik, Owens 1994 Tratado de Medicina Interna. ED interamericana 22ª edición.
- JAWETZ Melnick y Adelberg Geo F. Brooks, Janet S. Butel, Stephen A.Morse.1995 Microbiología Medica17ª Edición México.
- KASCHAK Diane, Pilar Villagrasa 1994 Planes de Cuidados en Geriátría ED. Mosby / Doyma LIBROS México.
- KUMATE Jesús, Onofre Muñoz, Gonzalo Gutiérrez, José Ignacio Santos 2001 Manual de Infecciones Clínicas. XVI Edición México.

LONGO Elsa y Elizabet Navarro 1994 Técnica Dieto terapia. 1ª Edición. México.

MARTINEZ R y M. J. Novoa N. 1983 La salud del niño y del Adolescente. ED Fundamentación Salvad 2da Edición México.

P. FISHMAN Alfred 1983 Tratado de Neumología. ED Graw-Hill Tomo 1 México.

RICO Gerardo Maria Cruz Villanueva, Rubén Arguero. 19889 Neumología. ED panamericana. 1ª Edición México.

RIVERO Serrano Octavio 1996 Neumología. ED Trillas 2^{da} Edición México.

ROSALES Barrera Susana, Eva Reyes Gómez 2004 Fundamentos de Enfermería. ED Manual moderno 3^{ra} edición México.

ROSENSTEIN Ster Emilio 1992 Diccionario de Especialidades Farmacéuticas. 38ª Edición México.

ZINSSER Joklik/Willett/ Amos/wilfert 1994 Microbiología Zinsser. ED Medica panamercana 20ª Edición.