



Caso clínico

Cuidados de Enfermería realizados a una paciente adulta mayor con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad. Caso clínico.

Nursing care provided to an elderly patient diagnosed with community acquired pneumonia. Case report.

Quiryat Neftalí Domínguez-Bermúdez¹ y Gabriela Trejo-Niño²

¹ Pasante de la Carrera de Enfermería en el Hospital General Dr. Manuel Gea González, FES Zaragoza, UNAM.

² Profesora de la Carrera de Enfermería, FES Zaragoza, UNAM.

RESUMEN

Introducción. La Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) es una infección respiratoria aguda que ocasiona inflamación del parénquima pulmonar e hipoxemia, es provocada por una gran variedad de microorganismos adquiridos fuera del ámbito hospitalario. Las principales etiquetas diagnósticas desarrolladas que formaron parte del plan de cuidados de Enfermería fueron: protección ineficaz, deterioro del intercambio de gases, exceso de volumen de líquidos y deterioro de la integridad cutánea.

Caso clínico. Paciente femenina de 79 años que a principios de enero de 2020 es ingresada a urgencias por datos de dificultad respiratoria, decidiéndose manejo avanzado de la vía aérea. En la anamnesis se encontró la presencia de múltiples factores de riesgo previos para el desarrollo de NAC. Durante el tratamiento se identificó un extenso periodo de tiempo en la recuperación hospitalaria y una nueva Infección Asociada a la Atención de la Salud (IAAS). Se aplicó el proceso de atención de Enfermería, obteniéndose 9 diagnósticos, con apoyo de la taxonomía NANDA 2018-2020, donde se desarrollaron 4 planes de cuidado de Enfermería con vinculación de las taxonomías NOC y NIC. **Conclusión.** La elaboración y aplicación de planes de cuidado de Enfermería contribuyeron significativamente en la evolución de la paciente durante su estancia hospitalaria. Es importante generar información oportuna y actualizada para llevar a cabo estos planes de cuidados que contribuyen de manera positiva con la recuperación de estos pacientes.

Palabras clave: Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud, infecciones nosocomiales, plan de cuidados de Enfermería.

ABSTRACT

Introduction. Community Acquired Pneumonia (CAP) is an acute respiratory infection that causes pulmonary parenchyma inflammation and hypoxemia caused by a great variety of microorganisms acquired outside the hospital setting. The main developed nursing diagnostic labels that were part of the nursing care plans were: Ineffective protection, gas exchange impairment, excess fluid volume and skin integrity deterioration. **Case report.** A 79-year-old female patient who was admitted at the emergency department at the beginning of January 2020 due to respiratory distress data, deciding advanced airway management. The presence of multiple previous risk factors for the development of CAP was found at the anamnesis analysis. During the treatment a long period of time in hospital recovery and a new infection associated with health care were identified. The nursing care process was applied, obtaining 9 diagnoses, with the support of the 2018-2020 NANDA taxonomy, were 4 nursing care plans were developed with connection to the NOC and NIC taxonomies. **Conclusion.** The elaboration and application of nursing care plans contributed significantly to the evolution of the patient during her hospital stay. It is important to generate timely and updated information to carry out these care plans that contribute positively to these patients recovery.

Key words: Infections Associated with Health Care, nosocomial infections, nursing care plans.

Correspondencia: Gabriela Trejo-Niño
Email: gabytrejo_13@hotmail.com

Artículo recibido: 17 de mayo de 2020
Artículo aceptado: 20 de agosto de 2020



INTRODUCCIÓN

La Neumonía es un tipo de infección respiratoria aguda que afecta los pulmones, se clasifica en adquirida en la comunidad, asociada a la atención a la salud (adquirida en el hospital) y oportunistas. Puede ser de origen infeccioso; por bacterias, virus, hongos, protozoos y otros gérmenes, y no infecciosa; por aspiración de contenido gástrico e inhalación de gases irritantes o tóxicos.¹⁻³

Cuando la causa es infecciosa, los microorganismos llegan hasta las vías respiratorias inferiores al ser aspirados desde la orofaringe por medio de la inhalación de gotitas aéreas contaminadas. La ocupación alveolar por el exudado inflamatorio provoca la aparición de alveolos perfundidos, pero no ventilados que condicionan la aparición de hipoxemia, siendo este, uno de los principales síntomas por los que las personas acuden a los servicios de salud.^{1,3}

El cuadro clínico se caracteriza por la presencia de fiebre, taquicardia, afección del estado general y síntomas atribuibles al aparato respiratorio. En los ancianos, los síntomas iniciales son un cuadro confusional, disminución del nivel de conciencia o la descompensación de una enfermedad crónica preexistente.²⁻⁵

En cuanto al diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad (NAC), se debe abordar desde cuatro dimensiones: a) cuadro clínico, b) radiografía de tórax (extensión del daño), c) estudios microbiológicos y serológicos (agente etiológico) y d) estudios de laboratorio clínico.²⁻⁶

En lo referente al tratamiento, se debe considerar la presencia o ausencia de comorbilidad, la gravedad de la enfermedad al momento de la presentación y la necesidad de hospitalización o ingreso a la unidad de cuidados intensivos (calculada por la puntuación CURB65).^{7,8} La elección inicial del antibiótico se realiza con base al tipo de agente patógeno, severidad de la enfermedad y lugar de atención del paciente. Cuando exista evidencia microbiológica de un patógeno específico, el tratamiento empírico debe ser cambiado y enfocarse al patógeno. La intubación inmediata es requerida en pacientes con hipoxemia severa. Se debe usar una ventilación con volumen tidal bajo (6 cc/kg) en pacientes con neumonía bilateral difusa en la ventilación mecánica. El tratamiento no farmacológico se basa en un adecuado aporte nutricional, limpieza bronquial de secreciones, monitorización continua de signos vitales, vigilancia del estado mental y movilización temprana de los pacientes.^{2,6}

La NAC es una enfermedad grave que si no es tratada de manera adecuada puede causar la muerte, por lo que es de suma importancia investigar e informar acerca de las medidas terapéuticas que se deben poner en práctica, enfocándose en controlar los factores de riesgo y así poder disminuir las complicaciones que conlleva.⁹ Los pacientes con NAC que presentan múltiples factores de riesgo previos determinan su evolución hospitalaria: comorbilidades, síndrome de fragilidad del anciano y limitaciones funcionales y dependencia física, psicológica y social.⁹ El presente estudio de caso tiene como objetivo que los estudiantes y profesionales de Enfermería, identifiquen el manejo terapéutico integral para los pacientes adultos mayores que padecen de NAC.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 79 años, quien habita en un departamento rentado, con dos cuartos y vive con cinco integrantes de su familia. Nivel socioeconómico bajo, residente de la Ciudad de México. Es católica, estilo de vida sedentario y desde hace un año es dependiente de un cuidador primario para realizar actividades como el cambio de ropa, la higiene personal y la alimentación. Padece hipertensión arterial sistémica controlada con enalapril 10 mg cada 24 horas desde hace seis años. Los familiares refieren caídas en múltiples ocasiones desde hace 4 meses con contusiones leves. Disminución progresiva de la voz desde hace cuatro años. Estuvo expuesta al humo de leña durante 70 años, a razón de seis horas diarias. La paciente se vacunó contra la influenza a finales del 2019.

Inicia cuadro clínico el 6 de enero de 2020 al presentar debilidad generalizada, tos con esputo amarillo, cianosis periférica y taquipnea. La paciente ingresó a triage con un Glasgow de 14 puntos y con los siguientes signos vitales: TA 80/60 mmHg, FC 100 lpm, FR 30 rpm, SatO₂ 60%, disociación toraco-abdominal, aleteo nasal, retracción xifoidea y tiraje intercostal. Al interrogatorio la paciente refirió edema en miembros pélvicos desde hace 4 días y ortopnea desde hace una semana. Debido al estado delicado de la paciente, se decidió manejo avanzado de vía aérea con tubo endotraqueal 7 Fr, fijado a 21 cm de la arcada dentaria y con globo insuflado a 7 cc de aire. Se mantuvo con sedación a base de midazolam y analgesia con buprenorfina.

El tratamiento inicial de la paciente fue a base de antibióticos (ceftriaxona, claritromicina y doxiciclina), an-

tivirales (oseltamivir), vasopresor (norepinefrina) y parámetros de ventilación mecánica; modo Asisto-Control (A/C) con volúmenes pulmonares bajos de 5-6 ml/kg, FiO₂ 45 %, PEEP 5, una frecuencia ventilatoria de 20 rpm y una SatO₂ 96%. Mediante la toma de un hisopado faríngeo resultó positivo para influenza tipo A, documentándose radio opacidades pulmonares por radiografía. También se le realizó un rastreo ecocardiográfico con los siguientes hallazgos: Fracción de eyección ventricular izquierda de 45%, insuficiencia y estenosis mitral y aortica leves, baja contractilidad radial y disfunción diastólica leve. Se inicia dieta polimérica por sonda orogástrica (SOG) con adecuada tolerancia a la misma.

Posteriormente, se agregó propofol a la sedación con midazolam debido a que la paciente presentó un RASS -2. El apoyo ventilatorio cambió a modo obligatorio continuo controlado por volumen y requirió incremento de parámetros FiO₂ 40%, PEEP 10 y una frecuencia ventilatoria de 24 rpm, obteniendo una SatO₂ 94%. Finalmente, después de nueve días con el vasopresor, éste se suspende por mejoría de la presión arterial media. El esquema inicial de antibióticos concluye. Se refirió peristalsis disminuida en frecuencia, por lo que se colocó SOG a derivación.

Diez días después del inicio de la sintomatología, se suspendió la sedación en donde se mantuvo únicamente con buprenorfina para intentar despertar a la paciente y poder progresar en el estado ventilatorio. Se mantiene en modo obligatorio continuo controlado por volumen con FiO₂ 35%, PEEP 6 y FR 14. La ventilación mecánica se modificó a modo espontáneo con FiO₂ 40%, PEEP 5 y soporte 10, tolerando adecuadamente y manteniendo una SatO₂ 95%. Se reanudó la dieta polimérica debido a que se realizó un enema evacuante con resultado positivo.

Después de cuatro días de haber suspendido la sedación, se solicitó una TAC de cráneo para descartar daño neurológico, debido a que la paciente no había despertado; en donde únicamente se evidenció atrofia acorde a la edad. La paciente no puede abrir los ojos por sí misma; sin embargo, al momento de la valoración pupilar la paciente presenta nistagmo y lagrimeo. Se valoró a la paciente con escala de Glasgow modificada, obteniendo una puntuación de 7. Se solicitó una interconsulta con el servicio de otorrinolaringología para colocación de traqueostomía debido a intubación prolongada por más de dos semanas. Presentó leucocitosis, picos febriles de 38.2°C y se observó una

nueva radio opacidad en radiografía de tórax. Se realizó cultivo de secreciones tráqueo-bronquiales en la cual se encontró una nueva infección por *Enterobacter Cloacae*; se reinició un primer esquema de antibióticos (cefotaxima y metronadizol) por dos días y se continuó con un segundo esquema (ertapenem) por 9 días más.

Finalmente, después de 20 días desde el inicio del cuadro clínico, es desconectada del ventilador mecánico y se colocó tienda de traqueostomía tolerando adecuadamente y manteniendo una SatO₂ por arriba del 95%. La paciente es trasladada del servicio de urgencias al servicio de medicina interna.

Requisitos de autocuidado universales, valoración focalizada

La siguiente valoración clínica se obtuvo el 23 de enero del 2020, durante este periodo de tiempo se recolecta la información de la paciente; en el cuadro 1 se muestran los principales datos de laboratorio, el cuadro 2 el tratamiento establecido durante la valoración de la paciente. Así mismo en el cuadro 3 se muestran los Planes de Cuidado de Enfermería y en la figura 1 se presenta la esquematización de las principales etiquetas diagnósticas consideradas en enfermería.

Mantenimiento de un aporte suficiente de aire: Fosas nasales permeables, cuello normolíneo con traqueostomía con cánula tipo pórtex número 7, fijado a 21 cm de la arcada dentaria y con globo insuflado con 9 cc. de aire. Modo ventilatorio CPAP; FiO₂ 21 %, PEEP 5, presión pico 16 y volumen corriente de 256 ml. Tórax normolíneo, se ausculta adecuado tono cardíaco. También, se ausculta campo pulmonar derecho con sibilancias en lóbulo medial y basal, adecuado murmullo vesicular en pulmón izquierdo. Se registró una tensión arterial de 110/70 mmHg con una PAM de 83, frecuencia cardíaca de 108 lpm observándose taquicardia sinusal en electrocardiograma y frecuencia respiratoria de 13 rpm con saturación de oxígeno al 95%.

Mantenimiento de un aporte suficiente de agua: mucosa oral hidratada. La paciente cuenta con un Catéter Venoso Central subclavio derecho de tres lúmenes, se encuentra con una solución Hartmann de 250 ml para 24 horas. El ingreso total de líquidos en 24 horas fue de 1740 ml y el balance total de líquidos en 24 horas fue de 660 (+). Presenta edema grado IV por escala de Godet en ambos miembros torácicos y grado III en ambos miembros pélvicos.



Cuadro 1. Principales resultados de laboratorio

	Valor obtenido	Valor de referencia	Unidad de medición
Leucocitos	13.9	4.0-12.0	10 ³ / μL
Neutrófilos	11.70	1.80-7.70	10 ³ / μL
Monocitos	1.50	0.00-0.80	10 ³ / μL
Basófilos	0.00	0.02-0.10	10 ³ / μL
Eritrocitos	3.39	4.10-5.30	10 ⁶ /μL
Hemoglobina	9.80	12.00-15.00	g/dL
Hematocrito	30.90	42.00-45.00	%
MCV	91.00	83.00-100.00	fL
Plaquetas	422	150-450	10 ³ / μL
BUN	33.8	8.0-20.0	mg/dL
Urea	72	10-50	mg/dL
Creatinina	0.75	0.40-1.00	mg/dL
Sodio	151	136-144	mEq/L
Potasio	4.0	3.6-5.1	mEq/L
Cloro	117	101-111	mEq/L
Calcio	7.40	8.90-10.30	mg/dL
Albúmina	2.02	3.50-4.80	g/dL
pH	7.47	7.35-7.45	mmHg
pO ₂	69.0	83.0-108.0	mmHg
pCO ₂	37	35.0-45.0	mmHg
HCO ₃	28.4	21.0-28.0	mmol/L
ALT/TGP	153	7-35	IU/L
AST/TGO	66	15-41	IU/L
Mioglobina	1414.5	0.0-70.0	ng/mL
CK	146	38-234	IU/L
CK-MB	5.30	0.30-4.00	ng/mL
Troponina-I	0.026	0.008-0.018	ng/mL

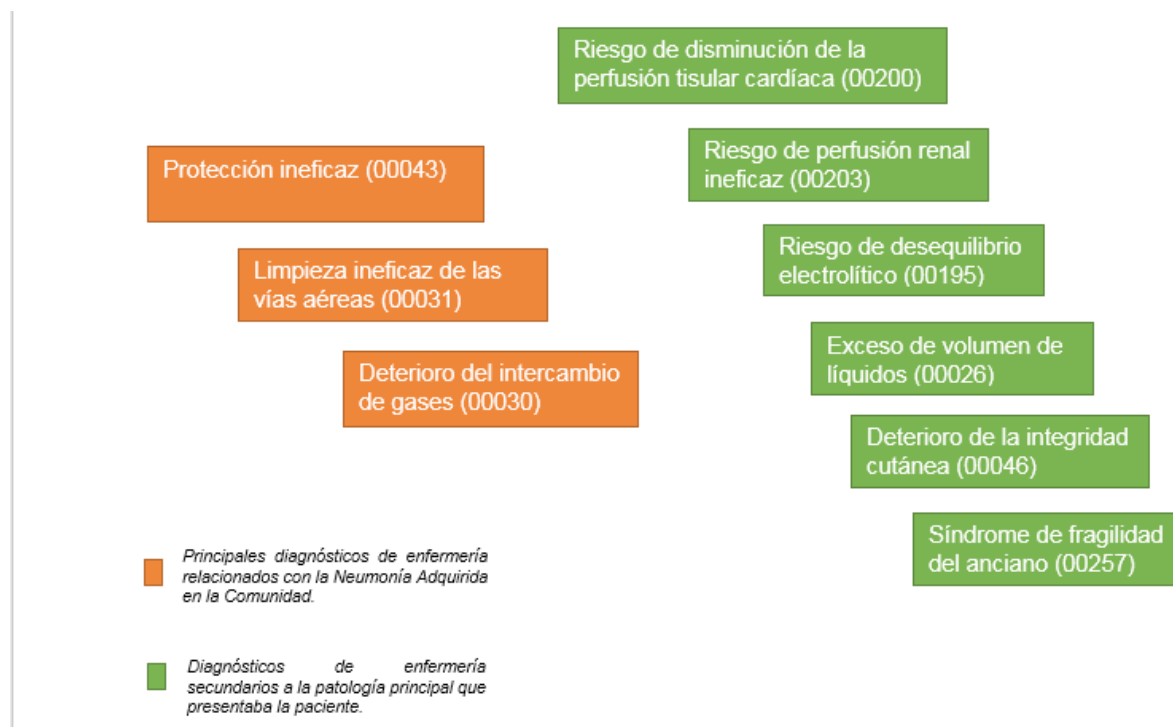


Figura 1. Principales etiquetas diagnósticas de Enfermería que fueron utilizadas durante el cuidado a un paciente con diagnóstico de neumonía adquirida en comunidad

Cuadro 2. Tratamiento

Tratamiento	Indicaciones médicas
Dieta	Polimérica 1 524 kcal p/24 hrs por SOG.
Soluciones	Sol.Hartmann 250 ml p/24 hrs.
Medicamentos	Ertapenem 1 g IV c/24h Enoxoparina 40 mg SC c/24h Furosemide 20 mg IV c/12h Metoprolol 25 mg por SOG c/24h Tramadol 25 mg IV PRN PVM Micronebulizaciones con Combivent c/8h

Abreviaturas: SOG, Sonda OroGástrica; PRN, Por Razón Necesaria; PVM, Previa Valoración Médica.

Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos: Arcada dentaria incompleta con presencia de caries en múltiples piezas, con SOG con dieta polimérica enteral que es administrada continuamente. Abdomen blando y depresible a la palpación; se ausculta presencia normal de peristalsis y borborigmos ocasionales. Cuenta con un Índice de Masa Corporal normal (IMC 21.4).

Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación y excreción: Se aspiran moderadas secreciones hialinas con técnica cerrada por traqueostomía. Se observa exudado cutáneo espontáneo de líquido hialino en antebrazo derecho. Genitales externos íntegros con Sonda Foley del número 18 con 10 ml de agua en balón. El gasto urinario es normal de 1 cc/kg/hr. El egreso total

Cuadro 3. Plan de Cuidados de Enfermería al paciente con neumonía adquirida en la comunidad

Diagnóstico NANDA10	Resultados esperados NOC11	Indicadores NOC11	Intervenciones NIC12
(00043) Protección ineficaz R/C infección a nivel pulmonar M/P Fiebre, leucocitosis y sibilancias pulmonares.	0702 Estado inmune.	70204 Estado respiratorio. 70207 Temperatura corporal. 70214 Recuento absoluto leucocitario. 70221 Detección de infecciones actuales.	6610 Identificación de riesgos. 6540 Control de infecciones. 6550 Protección contra las infecciones 2380 Manejo de la medicación (antibióticos). 3740 Tratamiento de la fiebre.
(00030) Deterioro del intercambio de gases R/C exudado inflamatorio en la membrana alvéolo capilar M/P pO ₂ 69 mmHg, pH arterial 7.47 mmHg, ruidos respiratorios patológicos y acumulo de secreciones.	0402 Estado Respiratorio: intercambio gaseoso. 0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias. 0411 Respuesta de la ventilación mecánica: adulto.	40210 pH arterial. 40211 Saturación de O ₂ . 40214 Equilibrio entre ventilación y perfusión. 41007 Ruidos respiratorios patológicos. 41020 Acumulación de esputo. 41108 Fracción de oxígeno inspirado satisface la demanda de oxígeno.	3350 Monitorización respiratoria. 3302 Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva. 3180 Manejo de las vías aéreas artificiales. 3390 Ayuda a la ventilación. 8400 Cambio de posición. 3230 Fisioterapia Torácica. 3200 Precauciones para evitar la aspiración. 3160 Aspiración de las vías aéreas. 1710 Mantenimiento de la salud bucal. 1910 Manejo del equilibrio ácido básico.
(00026) Exceso de volumen de líquidos R/C función renal comprometida M/P hematocrito 30.90%, nitrógeno ureico en sangre 33.8 mg/dL y edema en miembros distales.	0601 Equilibrio hídrico.	60107 Entradas y salidas diarias equilibradas. 60112 Edema periférico. 60119 Hematocrito. 50402 Balance de ingesta y diuresis en 24 horas. 060126 Función renal 50426 Aumento de nitrógeno ureico en la sangre.	4120 Manejo de líquidos. 4170 Manejo de la hipervolemia 2300 Administración de medicación (diurético de asa). 2020 Monitorización de electrolitos. 6680 Monitorización de los signos vitales. 7690 Interpretación de datos de laboratorio.
(00046) Deterioro de la integridad cutánea R/C inmovilidad física M/P exudado cutáneo espontáneo de líquido hialino en miembros torácicos, lesiones cutáneas en miembros pélvicos y alteración neurosensorial	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas. 0204 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas.	110106 Transpiración. 110113 Integridad de la piel. 110115 Lesiones cutáneas. 20401 Úlceras por presión. 20404 Tono muscular.	3590 Vigilancia de la piel. 3500 Manejo de presiones. 0740 Cuidados del paciente encamado. 1340 Estimulación cutánea. 1100 Manejo de la nutrición. 1056 Alimentación enteral por sonda. 4110 Precauciones en el embolismo. 0840 Cambio de posición.

Abreviaturas: NANDA, North American Nursing Diagnosis Association; NOC, Nursing Outcomes Classification; NIC, Nursing Interventions Classification

de líquidos en 24 horas fue de 1080 ml. Se registraron evacuaciones, cada dos días, tipo 7 con escala de heces de Bristol.

Equilibrio y mantenimiento entre actividad y reposo: Se encuentra en su unidad en posición semi-fowler, con escala de Glasgow modificada con puntuación de 7; no respondiendo a estímulos verbales o sensitivos. Pupilas isocóricas y fotosensibles, se observa nistagmo en ambos globos oculares. Se mantiene sin movilidad y con exposición ocasional a la humedad, presentando lesiones cutáneas en el miembro pélvico izquierdo; úlceras por presión grado 2 en rótula lateral interna y en el tercio medio por debajo de los músculos gemelos cubiertas con apósitos hidrocoloides y recibiendo curación diaria por clínica de la piel.

Equilibrio entre soledad y la interacción humana: La paciente recibía visitas regulares por parte de sus dos hijas y su nieta, el tiempo de permanencia era de 30 minutos. Los familiares brindaban palabras de aliento a la paciente, sin embargo, mostraban gran preocupación por su estado de salud.

Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y el bienestar humano: Se encontraba con un sistema de aspiración cerrado. El servicio de choque, en el cual se alojaba la paciente, era un espacio muy reducido, con lo cual existía un alto riesgo de contagio entre pacientes. También había riesgo de complicación debido a que no siempre se realizaba la técnica correcta del lavado de manos en sus cinco momentos por parte del personal de salud.

Requisitos de autocuidado en la desviación de la salud

Diagnósticos médicos

1. Neumonía adquirida en la comunidad.
2. Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda leve (PaO₂/FiO₂ 230).
3. Insuficiencia cardíaca (NYHA 4/ AHA D).
4. Fibrilación auricular de respuesta rápida.
5. Anemia; normocítica, normocrómica (Grado II OMS).
6. Hipertensión arterial sistémica.
7. Post operada de colocación cánula de traqueostomía.

DISCUSIÓN

La NAC tiene un amplio espectro de rango de severidad: desde una enfermedad auto limitada a una enfermedad fatal. Además, es la principal razón para la hospitaliza-

ción de pacientes adultos mayores y produce altas tasas de morbilidad y mortalidad en los hospitales.¹³⁻¹⁶

Debido a que la etiología de esta enfermedad puede ser infecciosa y no infecciosa, es de suma importancia conocer los factores de riesgo que conllevan al desarrollo de la misma, para que mediante intervenciones específicas de protección a la salud se pueda interrumpir oportunamente la historia natural de esta enfermedad dentro de la comunidad.

El estilo de vida y condiciones médicas subyacentes son asociadas a un incremento en el riesgo de padecer esta enfermedad. Entre los factores del estilo de vida se incluye exposición continua al humo, abuso en el consumo del alcohol, tener un bajo peso y una higiene dental deficiente.⁵ Además de las condiciones de comorbilidad como son EPOC, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, epilepsia, demencia, disfagia, inmunosupresión, VIH, insuficiencia renal crónica y enfermedad hepática, incrementan los riesgos para padecer neumonía.^{2,13-15} Durante la anamnesis se encontró que la paciente presentaba varios factores de riesgo para padecer NAC: exposición continua al humo, higiene dental deficiente y enfermedades cardiovasculares. Además, tanto la dependencia de un cuidador primario para realizar actividades de la vida diaria y el hacinamiento, favorecen el desarrollo de la NAC infecciosa o no infecciosa.

La NAC cuenta con una incidencia que oscila entre 3 y 8 casos por 1,000 habitantes por año. Esta incidencia aumenta con la edad y las comorbilidades.³⁻⁵ El *Streptococo pneumoniae* sigue siendo el germen más frecuente en los casos de NAC en la población general (del 21% al 39%), seguido por *Hemophilus influenza* (entre el 1.5% al 14%) y *Staphilococo aureus* (entre el 0.8% al 8.7%).² El agente viral que causa una neumonía viral incluye al virus sincicial respiratorio, adenovirus y los virus de la influenza y puede estar complicada por súper infecciones bacterianas. La incidencia real de estas infecciones, es incierta debido a la dificultad para distinguir los organismos colonizadores de los patógenos.⁵ En el caso presentado, a pesar de que la paciente se le aplicó la vacuna anual contra la Influenza, la causa de NAC fue de tipo infeccioso por influenza tipo A, la cual se dio a conocer mediante un hisopado nasofaríngeo. Esto puede ser posible al exponerse a los virus de la influenza antes de haberse vacunado o durante las dos semanas posteriores a la vacunación, que es el periodo que el organismo demora en desarrollar la protección inmunitaria.



Durante la hospitalización la paciente presentó una infección asociada a la atención a la salud (IAAS) por bacteria *Enterobacter Cloacae*, lo que incrementó significativamente los días de estancia hospitalaria. Las bacterias del género *Enterobacter* son bacilos gram-negativos, que se encuentran en el suelo, agua y tracto gastrointestinal humano. La mayoría de las infecciones en humanos son causadas por *E. hormaechei* y *E. cloacae*, siendo agentes comunes de IAAS y causando principalmente bacteriemias, neumonías asociadas a ventilación mecánica, infecciones urinarias e intra-abdominales complicadas. *E. cloacae* constituye un patógeno asociado a la infección hospitalaria de especial importancia, dada su capacidad de desarrollar resistencia en el curso de los tratamientos. Es importante adoptar precauciones que incluyan medidas de aislamiento por contacto, mejoras en la higiene de manos mediante el uso de solución alcohólica antes y después de la atención a cada paciente, y refuerzo de las precauciones estándar.^{17,18}

A pesar de la gran cantidad de investigación e información y del desarrollo de agentes antimicrobianos, la neumonía continúa siendo una causa importante de complicaciones y muerte. Debido a su gran costo económico, la mortalidad asociada, y la heterogeneidad en el manejo, es de vital importancia mantener actualizados los conocimientos respecto a la enfermedad, para así orientar al personal de salud hacia un manejo homogéneo apoyado en la toma de las mejores decisiones basándose en los estándares que dicta la Medicina y Enfermería Basada en la Evidencia, con la finalidad de otorgar una atención de calidad; así mismo, se ha visto que la implementación de guías de práctica clínica mejora la evolución del paciente tanto en mortalidad como en días de estancia hospitalaria.

CONCLUSIONES

La neumonía adquirida en comunidad es una patología de alta incidencia en adultos mayores. Los Planes de Cuidados de Enfermería tienen como propósito contribuir en el proceso salud-enfermedad del paciente. Con este estudio de caso, se pretende, aportar evidencias de la efectividad de los cuidados de Enfermería en la atención de los adultos mayores con dicho padecimiento, además que pueda servir de guía a otros profesionales de la salud en relación con la atención de estos pacientes.

AGRADECIMIENTOS

El manuscrito fue revisado y editado en el Programa para la Investigación Bibliográfica Científica sobre Salud (PIBCIS) de la FES Zaragoza, UNAM.

REFERENCIAS

1. LeMone P, Burke K. Enfermería médico quirúrgica pensamiento crítico en la asistencia del paciente. 4ª ed. España: Pearson Educación; 2009.
2. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Neumonía Adquirida en la Comunidad en Adultos. México: Secretaría de Salud; 2009. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/234_IMSS_09_Neumonia_comunidad_adultos/RR_IMSS_234_9.pdf
3. Fauci A, Braunwald E, Kasper D. Harrison: manual de medicina. 17ª ed. México: McGrawHill; 2010.
4. Farreas P, Rozman C. Medicina Interna. 18ª ed. España: Elsevier; 2016.
5. Shirley P. Community-acquired pneumonia: what community nurses should know? J Community Nurs. 2019; 33(2): 50-54.
6. Instituto Mexicano del Seguro Social. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. México: IMSS; 2017. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/234GER.pdf>
7. Menéndez R, Cilloniz C, España PP, et al. Neumonía adquirida en la comunidad. Normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Actualización 2020. Arch Bronconeumol. 2020;56 (Suppl 1):1-10. doi:10.1016/j.arbres.2020.01.014
8. Báez-Saldaña R, Gómez-Zamora C, López-Elizondo C, et al. Neumonía adquirida en la comunidad revisión y actualización con una perspectiva orientada a la calidad de la atención médica. Neumol Cir Torax. 2013; 72(Supl 1): 6-43.
9. Tello-Rodríguez T, Varela-Pinedo L. Fragilidad en el adulto mayor: detección, intervención en la comunidad y toma de decisiones en el manejo de enfermedades crónicas.
10. Herdman H, Shigemi K. NANDA International Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación. 11ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
11. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de Enfermería NOC medición de resultados en salud. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.

12. Bulechek M, Dochterman J, Butcher K, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
13. Gutiérrez R, Soto L. Manejo y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. *Acta Med Per.* 2006; 23(1): 21-25.
14. Pieralli F, Vannucchi V, De Marzi G, et al. Performance status and in-hospital mortality of elderly patients with community acquired pneumonia. *Intern Emerg Med.* 2018;13(4):501-507. doi:10.1007/s11739-018-1822-1
15. Arnold F, Reyes A, Salunkhe V, et al. Older adults hospitalized for pneumonia in the United States: incidence, epidemiology, and outcomes. *J Am Geriatr Soc.* 2020; 68(05): 1007-1014.
16. Haque MA. Seasonal Incidence of Community-acquired Pneumonia: A Retrospective Study in a Tertiary Care Hospital in Kathmandu, Nepal. *Cureus.* 2019;11(12):e6417. doi:10.7759/cureus.6417.
17. Tato-Rodríguez R, Oteo-Iglesias J, Álvarez-García P, et al. Brote de Enterobacter cloacae complex multirresistente productor de CTX-M-9 en una unidad de cuidados intensivos. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2016;34(4):237-242.
18. Silva F, Martínez O P. Complejo Enterobacter cloacae. *Rev Chilena Infectol.* 2018; 35(3): 297-298.