

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

SEGUNDA ESPECIALIZACION



**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON INSUFICIENCIA
RESPIRATORIA AGUDA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE-HUANCAYO,
2014–2016.**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERIA EN
EMERGENCIAS Y DESASTRES**

AUTOR: OSLER CASTRO HUAROC

CALLAO, 2017

PERU

ÍNDICE

| | Pág. |
|---|-------------|
| INTRODUCCION | 4 |
| I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 5 |
| 1.1. Descripción de la situación problemática | 5 |
| 1.2. Objetivo | 6 |
| 1.3. Justificación | 7 |
| II. MARCO TEÓRICO | 8 |
| 2.1. Antecedentes | 8 |
| 2.2. Marco conceptual | 14 |
| 2.3. Definición de términos | 29 |
| III. EXPERIENCIA PROFESIONAL | 31 |
| 3.1. Recolección de datos | 31 |
| 3.2. Experiencia profesional | 32 |
| 3.3. Proceso de atención realizado a un paciente con insuficiencia respiratoria aguda | 34 |
| IV. RESULTADOS | 43 |
| V. CONCLUSIONES | 44 |
| VI. RECOMENDACIONES | 45 |
| VII. REFERENCIALES | 47 |
| ANEXOS | 50 |

INTRODUCCION

Este informe describe lo relacionado con la Atención de Enfermería a Pacientes con Insuficiencia Respiratoria Aguda en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale - ESSALUD durante el periodo 2014-2016, el mismo que será presentado al honorable jurado para la evaluación correspondiente en la Modalidad de Experiencia Profesional.

Cabe destacar que la insuficiencia respiratoria aguda es una de las causas más frecuentes de atención en el Servicio de Emergencia, por lo que he decidido realizar esta presentación, con la finalidad de tener un conocimiento ordenado y estructurado para este fin.

El presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: El capítulo I: describe del planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, el capítulo II incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, el capítulo III: considera la presentación de la experiencia profesional, capítulo IV : resultados ; capítulo V : conclusiones, capítulo VI las conclusiones y el capítulo VII Referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

Dentro de las primeras 10 causas de mortalidad mundial informada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) están las infecciones de las vías aéreas inferiores, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la tuberculosis (TB) y el cáncer pulmonar. De estas, la EPOC y el cáncer pulmonar exhiben tasas crecientes de morbilidad, y la suma de todas ellas rebasa significativamente a la cardiopatía isquémica como la principal causa de muerte global (16,7% vs. 12,8%). Se podría argüir que la principal causa de muerte es la enfermedad pulmonar. Otros factores que inciden significativamente en la salud respiratoria son el consumo de tabaco y las exposiciones a contaminantes ocupacionales, domiciliarios y ambientales.

La OMS estima unos 3,9 millones de muertes anuales por infecciones respiratorias agudas. La influenza estacional, por sí sola, podría alcanzar unos 600 millones de casos por año en el mundo, de los que 3 millones serían graves, con una mortalidad estimada entre 250.000-500.000 casos. La neumonía es la principal causa de muerte en niños menores de 5 años y es responsable de 1,4 millones de muertes al año.

Si bien la EPOC es la cuarta causa de muerte en el mundo, se prevé que para el año 2020 pasará a ser la tercera. La prevalencia global de esta enfermedad se ha estimado en el 10% de las personas mayores de 40 años (1).

En el Perú en el 2015, las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, fueron la primera causa de morbilidad en atenciones de consulta externa realizadas en los establecimientos de salud del MINSA, las cuales representan alrededor del 16,7% del total de atenciones; para ese mismo año, la influenza (gripe) y neumonía fueron la sexta causa de morbilidad de hospitalización (2).

En el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé – ESSALUD, se observa con gran frecuencia que los pacientes con infecciones bronco respiratorias, son de toda condición social y económica. Como es de conocimiento es un Hospital de cobertura nacional, la cantidad de pacientes con infecciones respiratorias agudas, llegan a tomar niveles altos, hasta aproximadamente el 65% de casos mensuales en el Servicio de Emergencia

Asimismo, la falta de capacitación por parte del equipo de salud a los familiares de los pacientes acerca de las normas de atención: prevención y promoción, también dificulta la atención.

Por otro lado están los espacios reducidos e improvisados para prestar la atención que requieren los usuarios, creando ello un ambiente altamente contaminado llegando a poner en riesgo a los usuarios con otras diversas patologías, e incluso al mismo personal que labora.

1.2. Objetivo

Describir la Atención de Enfermería a los Pacientes con Insuficiencia Respiratoria Aguda en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé – Huancayo, 2014 – 2016.

1.3. Justificación

En el área de emergencia se cuenta con todo el equipo de última generación para atender oportunamente esta clase de enfermedades, en pacientes con dificultad respiratoria, de manera que se les normalicen sus actividades respiratorias luego de un proceso de control, y curación.

La razón que llevo a ejecutar el presente trabajo es, la falta de criterio unificado, en el manejo adecuado y oportuno, en los pacientes con Insuficiencia Respiratoria Aguda, por parte del equipo de Enfermería, en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé. Esperando que sirva como referente para concientizar la unificación de criterios para el manejo y la prevención de las complicaciones de la Insuficiencia Respiratoria.

:

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

- Ortiz, A. y Marroquin, L. (3), en su Tesis titulada Incidencia y prevalencia de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en niños menores de cinco años en los municipios de Valle Del Guamuez (Putumayo), Pasto (Nariño), Neiva (Huila) – Colombia, tuvo con objetivo Realizar un estudio de investigación sobre la incidencia y prevalencia sobre una de las enfermedades de la infancia, como es la infección respiratoria aguda, con el fin de prevenir la Morbimortalidad por esta patología en la población menor de cinco años en el Municipio del Valle del Guamuez, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico de la región y el plan de Intervenciones colectivas aplicados para minimizar los índices de los casos presentados y mejorar la salud de la población infantil.

En el presente trabajo los resultados de la encuestas realizadas en los diferentes municipios de Colombia a 33 madres de niños menores de 5 años el 64% conoce qué es la infección respiratoria aguda, la cual es una gran ventaja que se lleva por que todo depende de la información que tenga cada madre de esta enfermedad, las causas y la manera de prevenirla y controlarla cuando se presenta. La participación de la madre durante todo el

proceso de atención del niño desde el momento mismo en que se inicia el episodio de infección respiratoria aguda es fundamental. Esta participación debe basarse y con ello evitar las complicaciones y la muerte de su hijo. En cuanto a la frecuencia de los episodios de infección respiratoria el 55% de los niños los llevan a control y desarrollo o programa de promoción y prevención de 0 a 3 veces por año, el 30% llevan a su hijo de 4 a 6 veces por año y un 15% de 7 o más veces. Existe en toda la regio 2 factores fundamentales que condicionan la aparición y gravedad de la IRA como son los factores Ambientales. Deficiencia en la ventilación para la vivienda, hacinamiento, y saneamiento e higiene ambiental. Condiciones del niño: Eda, estado nutricional y lactancia materna. El 61% de las madres sabe el riesgo a que le puede conllevar una infección respiratoria mal cuidada en su niño y el 39% no lo sabe, esto nos indica que todavía falta información en las madres ya que la falta de conocimiento puede llevar a complicaciones severa. En cuanto a las condiciones de vivienda cuentan con piso de cemento el 39% de los niños y el 61% no tienen es de tierra. La mayoría de los cuadros infecciosos, son de naturaleza infecciosa como virus y bacteria predominantemente viral siendo los factores predisponentes más importantes aquellos de carácter socioeconómico las deficientes condiciones de la vivienda y el

hacinamiento estuvieron presentes en la mayoría de los niños estudiados. Otro de los factores de riesgo es la higiene. La encuesta nos mostró que el 46% de las madres de los niños se lavan y le lavan las manos a sus hijos después de ir al baño, el 30% lo hace antes de preparar los alimentos, el 15% a veces lo hacen y el 9% solo lo hace cada vez que las ve sucias. La falta de hábitos higiénicos adecuados por parte de las personas se convierte en un problema grave por el potencial peligro de transmisión de virus y gérmenes a otras personas. Las madres encuestadas son las encargadas de cuidar a sus hijos el 49%, el 30% tienen que dejarlo al cuidado de una empleada y un 21% los dejan en los jardines y guardería. Se observa que un 51% de los niños son cuidados por otras personas y esto lleva a analizar las condiciones de higiene e información que tienen estos cuidadores. El 27% de las madres de los niños lleva a su hijo al hospital o al médico cuando tienen infección respiratoria, el 73% le da remedios caseros. Se observa que es alto el porcentaje que no acude al médico, hay grupos familiares que no cuentan con servicios médicos.

- Otazú, F. (4), es su Tesis titulada, "Percepción sobre las infecciones respiratorias agudas que poseen las madres de niños menores de 5 años que consultan en el hospital distrital de

horqueta, año 2012 en la Ciudad de Horqueta – Paraguay, manifiesta que las Infecciones Respiratorias Agudas son la principal causa de morbimortalidad en niños menores de 5 años. El presente trabajo de investigación tiene como objetivo general; determinar la percepción sobre las Infecciones Respiratorias Agudas que poseen las madres de niños menores de 5 años que consultan en el Hospital Distrital de Horqueta, año 2.012, de las cuales se desprenden los siguientes objetivos específicos: identificar los conocimientos de las madres de niños menores de 5 años acerca de las Infecciones Respiratorias Agudas, identificar las actitudes de las madres de niños menores de 5 años acerca del tratamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas, identificar las prácticas de las madres de niños menores de 5 años acerca de la prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas. Se realizó un estudio descriptivo y de enfoque cuantitativo, de tipo transeccional y de diseño no experimental, en lo cual se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario con preguntas cerradas en forma personal a cada madre. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos de una muestra de 72 madres que acuden al Hospital Distrital de Horqueta, de los cuales un 93% conocen las infecciones respiratorias agudas, el 74% de las madres manifiestan actitud positiva para el tratamiento de la mencionada enfermedad y un 68% de las encuestadas

realizan todas las actividades para prevenir las Infecciones Respiratorias Agudas.

ANTECEDENTES NACIONALES

- MUÑOZ L. 2010 , en su estudio de investigación publicado, “Conocimientos, y prácticas de las madres y acciones de prevención y promoción desarrollados por agentes de salud, para el manejo de la infección respiratoria aguda en menores de 5 años de la comunidad de 21 de Setiembre de Pachacamac” Cuyos objetivos fueron identificar los conocimientos y prácticas de las madres y las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad desarrolladas por los agentes de salud, para el manejo de la Infección Respiratoria Aguda en menores de 5 años siendo la muestra constituida por 120 madres, que tienen menores de 5 años que hayan presentado alguna infección respiratoria aguda en la comunidad de 21 de Setiembre de Pachacamac, es un estudio de tipo descriptivo explorativo, utilizando como instrumento una entrevista estructurada, los cuales le permitieron llegar a la conclusión que la mayoría de las madres desconocen las medidas de prevención y los factores que coadyuvan la presencia de la IRA, así mismo, cuando el niño presenta IRA, la mayoría de las madres suelen realizar prácticas

caseras como son las frotaciones de mentolatum, mentol chino, cebo de gallina, etc., le dan hierbas como el eucalipto, la huamanripa, ajo, jarabe de cebolla, nabo, limón, entre otros. El mayor número de madres suelen auto medicar a sus niños con IRA, administrándoles diversos jarabes, gotas o pastillas (5).

- ÑUÑUVERA A y VASQUEZ F., en su tesis titulada Nivel de Conocimiento y Cuidado de La Vía Aérea Brindado por la Enfermera al paciente Con Tubo Endotraqueal. Hospital regional docente de Trujillo, 2016. El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo correlacional; se realizó con el propósito de determinar el nivel de conocimiento y cuidado de la vía aérea brindado por la enfermera al paciente con tubo endotraqueal. Hospital Regional Docente de Trujillo, 2016. La muestra estuvo constituida por un total de 37 enfermeras a quienes se les aplicó un cuestionario (instrumento N°1) para evaluar el nivel de conocimiento y se realizó observación utilizando una lista de cotejo (instrumento N°2) para determinar el nivel de cuidado. Encontrando que: el 10.8% de las participantes tiene conocimiento alto, el 54.1% tiene conocimiento regular y el 35.1% tiene conocimiento deficiente. Con respecto al cuidado de la vía aérea fue el 32.4 % brinda un cuidado adecuado, mientras que el 67.6% brinda un cuidado inadecuado. Concluimos que los

resultados tienen relación significativa; que la mayor cantidad de enfermeras que tienen conocimiento regular brindan cuidado inadecuado. Los resultados hallados indican una confiabilidad aceptable cuando Alfa Cronbach en el instrumento 1 muestra un CCI en promedio de 0.842; el instrumento 2 presenta un CCI en promedio de 0.875, lo cual indica una confiabilidad (6).

2.2. Marco conceptual

2.2.1. Generalidad de la insuficiencia respiratoria aguda

La insuficiencia respiratoria en términos generales se puede entender como un estado y/o evento terminal derivado en la gran mayoría de los casos por una dificultad respiratoria progresiva que ha sobrepasado los límites de compensación, y en otros como un evento súbito generalmente originado por una alteración a nivel del sistema nervioso central. La insuficiencia respiratoria es diagnosticada más por parámetros bioquímicos que clínicos; en la actualidad, se propende que tanto el médico general como el especialista realice el diagnóstico basado en la clínica, lo que de un modo u otro es necesario e imperioso en todos los niveles de atención. Ello está soportado en la importancia de su sospecha y en un pronto y oportuno manejo,

antes de que la insuficiencia respiratoria progrese a una falla cardiopulmonar y de allí al paro cardíaco. (López J,2010) (7)

2.2.2. Definición

La insuficiencia respiratoria aguda (IRA) es la incapacidad del sistema respiratorio de cumplir su función básica, que es el intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido de carbono entre el aire ambiental y la sangre circulante, ésta debe realizarse en forma eficaz y adecuada a las necesidades metabólicas del organismo, teniendo en cuenta la edad, los antecedentes y la altitud en que se encuentra el paciente. (Gutiérrez F, 2010) (8)

2.2.3. Fisiología de la insuficiencia respiratoria aguda

Como consecuencia inicial en la insuficiencia respiratoria pueden presentarse alteraciones en el nivel de oxígeno (O₂) y/o de anhídrido carbónico (CO₂), esto se explica por qué dentro del sistema respiratorio podemos distinguir en primer término los pulmones y su circulación, que es donde se realiza el intercambio gaseoso, su alteración produce hipoxemia con normocapnia o hipercapnia y en segundo término a la bomba que lo ventila que comprende la pared torácica que incluye la pleura y el diafragma así como los músculos respiratorios y los componentes del sistema nervioso central y periférico, cuya disfunción produce

hipo ventilación que produce principalmente hipercapnia y en menor grado hipoxemia, además podemos identificar problemas en la vía aérea que pueden causar ambos tipos de situaciones. (Sharma S, 2006) (9)

2.2.4. Epidemiología

Como la Insuficiencia Respiratoria no es una enfermedad por sí sola, sino la consecuencia final común de una gran variedad de procesos específicos (no sólo de origen respiratorio, sino también cardiológicos, neurológicos, tóxicos y traumáticos), la epidemiología va a variar dependiendo de la patología causante.(10)

Muchas veces el paciente no entra al centro hospitalario con IR, y ésta puede ir desarrollándose durante la hospitalización, sea por el motivo que sea el de ingreso. En EE.UU por ejemplo, se reporta que el 70-80% de los pacientes que entran a cuidados intensivos ingresan por una Insuficiencia respiratoria.(Moreno R,2000).

2.2.5. Incidencia

La incidencia de insuficiencia respiratoria (IR) tiene una relación inversamente proporcional con la edad. De los casos

presentados dos tercios se presentan en el primer año de vida y un tercio en la etapa adulta.

Las IRAS son un conjunto de enfermedades que afectan las vías por donde pasa el aire en el cuerpo humano y son causadas tanto por virus como por bacterias.

Este grupo de enfermedades son la principal causa de consulta en los servicios de salud y la que causa más muertes, especialmente en niños menores de 5 años y en personas mayores de 60 años.

La mayoría de las veces, las infecciones respiratorias agudas se presentan en forma leve; pero hay que prestarles mucha atención, especialmente cuando el enfermo es menor de dos meses, tiene bajo peso o presenta problemas de desnutrición; ya que esto favorece el riesgo de complicaciones y con ello se aumenta las posibilidades de muerte.

Las IRAS son más frecuentes cuando se producen cambios bruscos en la temperatura y en ambientes muy contaminados. En promedio en el área urbana un niño presenta entre 5 y 8 episodios de IRA por año, la incidencia en el área rural es menos

2.2.6. Factos de riesgo de la insuficiencia respiratoria aguda

2.2.6.1. Factores de riesgo demográfico (11)

a) Sexo

En un número considerable de estudios realizados en la comunidad, los varones parecen ser más que las mujeres. En estudios basados en datos de clínicas sin embargo, no puede descartarse la posibilidad de sesgo en el sexo al buscar asistencia. El riesgo atribuible al sexo masculino lo confirmaron dos estudios recientes de casos y controles de neumonía.

b) Edad

Aunque la incidencia general de las Infecciones respiratorias agudas es razonablemente estable durante los primeros cinco años de vida, la mortalidad se concentra en la infancia. De hecho, cerca de la mitad de las muertes debido a enfermedades respiratorias entre los niños menores de 5 años ocurre en los primeros seis meses.

2.2.6.2. Factores de riesgos sociales (12)

La incidencia de las Infecciones respiratorias agudas varía marcadamente entre pacientes provenientes de los sitios urbanos y los rurales.

2.2.6.3. Factores de riesgos ambientales

- **EXPOSICIÓN AL HUMO**

El humo incluye varios contaminantes que afectan el tracto respiratorio. Las principales fuentes de humo que afectan a las personas vulnerables en países en desarrollo incluyen la contaminación atmosférica, la contaminación doméstica por residuos orgánicos y el fumar pasivamente.

2.2.6.4. Factores nutricionales

Los factores nutricionales que pueden influir en el riesgo de infección respiratoria Aguda incluyen el bajo de peso repentino o progresivo, estado nutricional, niveles de vitamina A y otros micronutrientes. La desnutrición energético-proteica resulta de una inadecuada ingesta o utilización de calorías o proteínas en la dieta, o de enfermedades infecciosas en la niñez tales como diarrea y neumonía.

En los estudios epidemiológicos, la desnutrición se evalúa habitualmente con medidas antropométricas. Los estudios en desnutrición e IRA han variado considerablemente en la selección del indicador a informar, ya sea bajo peso para la talla, bajo peso para la edad. (Black R.1991) (13)

2.2.7. Manifestaciones Clínicas de la insuficiencia respiratoria

La persona con insuficiencia respiratoria temprana presentará:

- Disminución de la frecuencia respiratoria.
- Reducción de la frecuencia cardíaca.
- Aleteo nasal.
- Uso de músculos cervicales y cabeceo.

- Disminución de ruidos respiratorios.
- Quejido espiratorio.
- Disbalance toracoabdominal.
- Irritabilidad.
- Cianosis.

Una disminución de la frecuencia respiratoria sin una intervención terapéutica y/o acompañada con deterioro neurológico del paciente nos indicará el inicio de insuficiencia respiratoria. La presencia de respiraciones irregulares con o sin intervención terapéutica siempre nos indicará insuficiencia respiratoria.

Es así como la bradipnea se constituye en un signo de muy pésimo pronóstico en la población pediátrica. La reducción de la frecuencia cardíaca sin llegar a la bradicardia nos indicará cierto grado de hipoxia tisular miocárdica, que, de progresar, llegará a la bradicardia (frecuencia menor de 60 latidos/minuto). (López J. 2010) (14)

2.2.8. Tratamiento hospitalario

- Restaurar y mantener permeable la vía aérea

Tubos nasofaríngeos, tubos orofaríngeos o intubación traqueal, cuando sea necesario. - Fluidificación, aspiración de secreciones y fisioterapia respiratoria. Es importante corregir la deshidratación y asegurar una buena humidificación.

- Mantener una adecuada oxigenación

La oxigenoterapia está indicada siempre que se sospeche o se compruebe la hipoxemia con cifras de PaO₂ menor de 60 mmHg y SaO₂ < 92 %. El O₂ puede administrarse mediante medios sencillos.

- Corregir la acidosis

- Respiratoria: mejorando la ventilación con o sin ventilación mecánica.

- Metabólica: mejorando la perfusión y oxigenación de los tejidos y administrando bicarbonato si pH < 7.20 con una ventilación eficaz.

- Mantener un gasto cardiaco adecuado y evitar la anemia
- Tranquilizar al niño y mantenerlo sentado con la cabeza en posición neutra, sin sedarlo si está respirando espontáneamente.
- Mantener la temperatura corporal, entre 36-37 °C, ya que la hipertermia e hipotermia, aumentan el consumo de oxígeno.
- Inicialmente, mantener en ayuno y evitar la distensión abdominal, para favorecer los movimientos respiratorios y evitar el riesgo de aspiración

2.2.9. Cuidados de enfermería en los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda.

La insuficiencia respiratoria aguda es el fracaso del sistema respiratorio en la realización del intercambio gaseoso adecuado a las necesidades del organismo, que se produce en un periodo corto de tiempo.

Se define analíticamente por una pO₂ inferior a 60mmhg y pCO₂ superior a 45mmhg, se clasifican dependiendo de si provocan o no hipercapnia.

No hipercapnia: neumonía, neumotórax, derrame pleural...

Hipercapnia: asma agudo grave, obstrucción de vía aérea superior, alteraciones pulmonares prolongadas, enfermedad neuromuscular.

VALORACIÓN:

- Estado hemodinámico: electrocardiograma, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura y tensión arterial.
- Cambios analíticos en las gasometrías arteriales:
- Patrón respiratorio: Frecuencia, profundidad, calidad de las respiraciones, patrones paradójicos, taquipnea/bradipnea,

respiración Cheyne-Stokes, respiración Kussmaul, respiración obstructiva.

- Estado de la piel: palidez, cianosis en lechos ungueales, cianosis labial, frialdad y humedad.
- Distensión yugular
- Nivel de conciencia

CUIDADOS GENERALES

Los cuidados van encaminados a:

- Aliviar la hipoxemia y disminuir la retención de dióxido de carbono.
- Reestablecer el nivel de conciencia de referencia
- Corregir la causa.
- Facilitar la movilización.
- Prevenir sobreinfecciones
- Aliviar la ansiedad del paciente y familia.

CUIDADOS ESPECÍFICOS

- Asma: administración de helio-oxígeno para reducir el trabajo respiratorio, se comprobará que el paciente maneja la correcta técnica de administración de inhaladores, y en su defecto se instruirá sobre ella, se trabajará también en que el paciente reconozca las causas que pueden desencadenar una crisis asmática.

- Epoc reagudizado: la administración de oxigenoterapia se adecuará a la situación basal de cada paciente, en caso de hipoxia la corrección será progresiva, para evitar estados de hipercapnia, asterixis, rubor facial, corrección de la causa precipitante de la reagudización del epoc.
- Derrame pleural: Drenaje del exceso de líquido pleural por colocación de tubos torácicos, vigilancia horaria y registro del aspecto y cantidad de débito aportado por los drenajes torácicos, así como posibles depósitos de fibrina u otros materiales. También de manera horaria se vigilará y registrará la permeabilidad y fuga de aire a través del tubo. Cura del punto de inserción del drenaje cada 24-48 horas, aumentando la presencia de las curas cuando sea preciso. En caso de pérdidas peri drenaje significativo se valorará con el equipo médico la correcta colocación del tubo y su permeabilidad.
- Síndrome de distrés respiratorio del adulto: en función de los datos que se obtengan de la monitorización hemodinámica invasiva, puede precisarse la administración de fármacos inotrópicos, diuréticos, etc., e incluso de técnicas de depuración extrarrenal. Para mantener los parámetros de la función respiratoria pueden precisarse maniobras de reclutamiento alveolar, administración de óxido nítrico inhalado o incluso ventilación en prono.

- Trombo embolismo pulmonar: Durante la atención urgente a los pacientes con trombo embolismo pulmonar se administrará el tratamiento farmacológico pautado: heparinas sódicas no fraccionadas y trombolíticos.

Angiografía pulmonar, a través de un acceso periférico percutáneo, se deja colocado un catéter en arteria pulmonar, a través del cual podremos, tanto monitorizar los valores de presión arterial como administrar los fármacos trombolíticos de manera local sobre el coágulo que ocupa la arteria pulmonar, evitando así los riesgos de la administración de trombolíticos sistémicos.

Monitorización de la coagulación y manejo de los fármacos anticoagulantes, en todo caso se mantendrá al paciente en reposo absoluto hasta que se confirme la disolución del coágulo causante.

TEORÍA DE LOS CUIDADOS DE KRISTEN M. SWANSON

En 1993, Swanson desarrolló más su teoría de los cuidados haciendo explícitas sus principales asunciones sobre los cuatro principales fenómenos de interés en la disciplina enfermera: Enfermería, persona-cliente, salud y entorno.

ENFERMERÍA

Swanson (1991,1993) define la enfermería como la disciplina de los cuidados para el bienestar de otros. Afirma que la disciplina de la enfermería está fundada por el conocimiento empírico de la enfermería y de otras disciplinas relacionadas, así como por " el conocimiento ético, personal y estético derivado de las humanidades, la experiencia clínica y los valores y expectativas personales y sociales" (Swanson, 1993, p352).

PERSONA

Swanson, define a las personas como "seres únicos que están en proceso de creación y cuya integridad se completa cuando se manifiesta en pensamientos, sentimientos y conductas" (p352). Postula que las experiencias vitales de cada individuo están influidas por una compleja interacción de "una herencia genética, al legado espiritual y la capacidad de ejercer el libre albedrío" (Swanson 1993, p352). Así pues, las personas modelan y son modeladas por el entorno en el que viven.

SALUD

Swanson considera el restablecimiento del bienestar como un complejo proceso de cuidados y curación que incluye "desprenderse del color interno, establecer nuevos significados, restaurar la integridad y salir con un sentimiento de renovada plenitud" (Swanson 1993, p353).

ENTORNO

Swanson (1993) define entorno de manera situacional. Sostiene que el entorno para la enfermería es "cualquier contexto que influye o que es influido por el cliente" (p353). Swanson sostiene que hay muchos tipos de influencia sobre el entorno, como los aspectos culturales, sociales, biofísicos, políticos y económicos , por nombrar solo unos pocos.

BIENESTAR Y ENFERMEDAD

El bienestar es vivir en un estado en el que se sienta integrado y comprometidos con vivir y morir. Experimentar el bienestar es vivir una experiencia subjetiva y significativa de totalidad, la totalidad involucra un sentido de integración y cambio en todas las facetas de la existencia que son libres de ser expresadas. La enfermedad es una alteración del bienestar integral de la persona en cualquiera de sus aspectos tanto físico como emocional, dado por factores internos o externos que pueden afectar directamente a la persona.

META DE ENFERMERÍA

Brindar cuidado a la mujer y su núcleo familiar, de manera significativa para ayudarla en la aceptación de la pérdida, en pro del bienestar durante en el primer año posterior al evento, acompañándola en su proceso de adaptación.

PROCESO DE ENFERMERÍA

Esta teoría incluye cinco procesos de cuidado:

- El estar con
- Mantener la creencia
- El hacer por
- El permitir o posibilitar

- El conocer

Relaciones entre los cuatro conceptos del Metaparadigma.

La enfermería como disciplina, busca el bienestar de la persona, es decir, el ser único que está en proceso de creación, cuya integridad se completa cuando se manifiesta con pensamientos y sentimientos. La salud es entonces bienestar, integridad mediante un proceso de cuidado; el entorno puede influir de manera relevante el bienestar del cliente.

2.3. Definición de términos

a) Insuficiencia Respiratoria Aguda

Se instaura en un corto periodo de tiempo, se ha producido recientemente, en minutos, horas o días, sin haber producido todavía mecanismos de compensación.

b) Insuficiencia Respiratoria Crónica

Se instaura en días o más tiempo y puede constituir el estadio final de numerosas entidades patológicas, no solo pulmonar sino también extrapulmonar. En estos casos ya se habrán producido mecanismos de compensación.

c) Insuficiencia Respiratoria Reagudizada

Se establece en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica que sufren descompensaciones agudas de su enfermedad de base y que hacen que empeore el intercambio gaseoso.

d) Sistema Respiratorio

El aparato respiratorio o sistema respiratorio es el encargado de captar el oxígeno (O₂) del aire e introducirlo en la sangre y expulsar del cuerpo el dióxido de carbono (CO₂) —que es un desecho de la sangre y subproducto del anabolismo celular—.1

En humanos y otros mamíferos, el sistema respiratorio consiste en vías respiratorias, pulmones y músculos respiratorios que median en el movimiento del aire tanto dentro como fuera del cuerpo humano.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

Para realizar el presente informe se recolectaron los datos del Anuario estadístico del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale y del libro de estadística del Servicio de Emergencia correspondientes al período 2014 - 2016 con la autorización de la Dirección, Unidad de Capacitación y Jefatura del servicio de Emergencia.

Se llevó a cabo las siguientes acciones:

- Coordinación con las jefaturas correspondientes de Estadística, Jefatura de Enfermería y coordinadora del servicio de emergencia..
- Recolección de Datos:
- Procesamiento de Datos:
- Resultados:

3.2. Experiencia profesional

El servicio de Emergencia cuenta con 28 Enfermeras en total; quienes estamos distribuidos en grupos de 6 cada turno a excepción del turno noche donde somos 5, esto sin contar con el personal de tópicos de inyectables.

Nos desenvolvemos de la siguiente manera; una Enfermera para la atención en trauma Shock, dos Enfermeras para los Tópicos y dos Enfermeras para la Unidad de Observación y una Enfermera para el Tópico de inyectables. La demanda de usuarios varía pero se estima en promedio por unidad:

Trauma shock: 08 usuarios por día.

Tópicos, cuenta con 6 camas y 4 camillas, mas por la demanda se tiene previsto un espacio en la emergencia sin las condiciones necesarias para habilitar camas y camillas: se manejan en promedio 20 usuarios por turno entre hospitalizaciones e hidrataciones, esto sin tener en cuenta los procedimientos que demanda algunas especialidades. Se consideran pacientes de grado de dependencia de II a V, y prioridad II y IV y en algunas ocasiones usuarios pasan a prioridad I, siendo trasladados a la Unidad de Shock Trauma, donde son estabilizados generalmente.

Unidad de Observación: cuenta con 3 ambientes; en la más grande, equipada y de mayor presencia de Enfermería se encuentra 9 camas, 5 de las cuales cuenta con monitores y lo necesario para monitorizar; se consideran a los usuarios con grado de dependencia III, IV y V y prioridades I y II; 4 camas en otro ambiente mediano, también improvisado en el que se consideran usuarios con GD: II, III y IV, prioridades: II, III y IV; por último se tiene un tercer ambiente más pequeño, también improvisado, donde se encuentran tres cunas y una cama, es el ambiente pediátrico, encontrando niños con GD:I, II, III, y prioridad: II, III y IV.

Tópico de Inyectables: Cuenta con una camilla y cuatro sillas, con un ambiente para las funciones vitales y las ampollas, y otro espacio para las nebulizaciones, se registran alrededor de 100 atenciones por turno.

Antes de finalizar debo mencionar en el presente informe que, mi paso por los diferentes establecimientos de salud y el basto aprendizaje, entrenamiento, han logrado en mí adoptar la seguridad y la destreza para poder realizar procedimientos considerados médicos como son: Intubación en el adulto y colocación de catéter venoso central, también en el adulto. También es de mi entera satisfacción haber contribuido en el manejo oportuno de situaciones de emergencia,

cuando las capacidades y el entrenamiento médico, algunas pocas veces han sido insuficientes.

Para concluir sostengo que el perfil profesional del Enfermero que labora en la Emergencia; deberá ser capaz de valorar, identificar, resolver y liderar, en situaciones muy complejas, donde el desequilibrio, oferta demanda es constante, donde los espacios quedan reducidos y el desplazamiento continuo del personal es agotador. El Enfermero, maneja pacientes en todas sus etapas de vida, con el suficiente y/o necesario conocimiento y criterio teórico, práctico.

Debo decir que mi entrenamiento es constante y mis capacidades pocas veces son doblegadas, y es que como ser humano, considero que nuestras condiciones físicas debe también estar preparados para enfrentar situaciones difíciles. Nuestro tridente: Mente, Cuerpo y Alma, 100% para laborar en unidades críticas como la Emergencia.

3.3. Procesos Realizados en el Tema del Informe

En el servicio de Emergencia en los últimos tres años nos enmarcamos en prestar los cuidados de Enfermería basándonos en nuestra realidad; un Hospital Nacional, con gran demanda en sus múltiples servicios no puede ser ajeno a prestar cuidados integrales y esquematizados en el área de Enfermería. Es por ello que guiados en las teorías de: Virginia Henderson

“14 necesidades”, básicas de vida; Dorothea Orem y “El déficit del autocuidado”, han sido el pilar para integrarlos a la Teoría de los cuidados de Kristen Swanson.

Durante mis años de experiencia que da inicio el 2007 con el SERUMS, debo destacar la oportunidad que me dio Enfermería para conocer cada realidad en los diferentes departamentos y/o ciudades de nuestro Perú; con climas muy variados, culturas y estilos de vida. Cada uno de estos encierra una problemática de salud, entre los más importantes destaco las Infecciones Respiratorias Agudas, pues están a la “orden del día”; perjudicando y poniendo en peligro la vida de nuestra población más vulnerable como son: los niños menores de 5 años y los ancianos.

Es así que soy parte activo de las mejoras en el servicio, frente a esta problemática de salud pública; derrochando denodados esfuerzos en la disminución de las complicaciones a las que conllevan las IRAS. Desde la detección precoz de signos y síntomas, el tratamiento indicado y oportuno, el entendimiento, el compromiso Enfermera – Usuario, y el involucramiento positivo del entorno, junto a las coordinaciones oportunas para poder clasificarlos y agruparlos a dado resultados satisfactorios en nuestro objetivo general.

Actualmente me encuentro laborando en el servicio de emergencia del Hospital II ESsalud en el Departamento de Huancavelica. En el servicio se prestan por lo general atenciones de urgencias, siendo poco frecuentes las emergencias, de las cuales en su casi totalidad de casos luego de ser

estabilizados, son referidos a centros de mayor resolución como son: en mayor demanda al hospital de Huancayo (Ramiro Priale Priale), a los hospitales de Lima (Almenara o Rebagliati), y en algunos pocos casos como última opción por así considerarlo, al hospital de Ica.

De los casos relacionados al tema del presente informe cabe resaltar que para los usuarios con los diferentes diagnósticos médicos dentro de las Insuficiencias Respiratorias. Resalto los siguientes cuadros atendidos:

Usuarios con “Síndrome Obstructivo Bronquial”, debo decir que cuento con los conocimientos necesarios sobre etapa de vida, fisiología respiratoria y requerimientos básicos y oportunos, y el manejo de Enfermería en estos casos; interviniendo desde el ingreso de cada uno a la emergencia; control se constantes vitales, evaluación física destacando signos de alarma como: fiebre, respiración rápida y / o profunda, cianosis, ruidos alterados (quejidos, estertores, crepitantes, roncales), irritabilidad y/o hipo actividad, diaforesis, etc. Son atendidos por el medico a quien corresponde (Pediatra o Internista), el que deja las indicaciones, previamente o a la par se coordina con el personal técnico y de mantenimiento para la habilitación e implementación de una cama o cuna con los requerimientos básicos para éstos pacientes como son: ambiente limpio, cama o cuna en buen estado para poder colocar al paciente en las posiciones de semifouler (30 a 45°), balón de oxígeno con reserva lleno, o empotrado en buen estado, humidificadores nuevos y en buen estado, así como los reguladores de oxígeno para establecer el fio2 según requerimiento. En el establecimiento

no se cuenta con los espacios suficientes como para adecuar ambientes aislados por lo que se trata de hospitalizar lo más pronto posible luego de estabilizar y/o cumplir con las primeras indicaciones médicas; se ubica al usuario en una camilla en el tópic o ambiente de Shock Trauma, se le proporciona oxígeno a demanda y según indicación médica, se le prepara brevemente al usuario sobre los procedimientos a realizarle, se busca la técnica y el apoyo más conveniente para canalizarle la vía periférica, disminuyendo el riesgo o probabilidad de fallar, para ello tengo previsto mi material y equipo previamente, también se coordina con el laboratorio, para la toma de muestra respectivo, y aprovechando el acceso venoso, con ello evitando también otra canalización demás y las lesiones a las que algunas veces conllevan; luego de asegurar se instala la fluido terapia indicada y al goteo indicado, en el caso de niños menores de 5 años o de acuerdo a la condición física se transfunde a través de los equipos perfusores; se toma en cuenta el dato importante de si el usuario es o no alérgico a algún medicamento y de acuerdo a su respuesta se procede a suministrar el tratamiento antibiótico indicado, se inicia inmediatamente con las primeras nebulizaciones que ayudarán a descongestiones las vías respiratorias, con ello mejorar la saturación de oxígeno, disminuir la frecuencia respiratoria y sobre todo disminuir el tiempo y la dosis del requerimiento de oxígeno también se coordina con el servicio de radiología y a donde es conducido para su respectiva placa radiográfica de tórax, luego de terminar con las indicaciones, se le deja en su unidad ya sea al cuidado de un familiar o con

la seguridad del caso el que amerite, para ello también se brinda una consejería breve y necesaria para el cuidado. Durante este proceso se va sacando información al usuario y/o familiar sobre como inició y hace que tiempo el proceso fisiopatológico, algunos factores de riesgo en casa, familiares, ambientales, y la frecuencia con que recae; esto para facilitar las notas de enfermería y el proceso en sí, y de alguna forma algunas veces se obtienen datos relevantes y que pueden ayudar a su pronta recuperación; se coordina con el servicio de hospitalización y se reporta todo lo acontecido con el usuario y si hubiera, los pendientes.

El caso de mayor reto en estos últimos 2 años fue, de un usuario con diagnóstico médico de Insuficiencia respiratoria aguda, NAC, HTA no controlada, en etapa del anciano. quien llega en mal estado general poco antes de que yo ingrese al turno que me corresponde por la tarde; ya transcurridos 4 horas de mi turno, la Enfermera a cargo del paciente me reporta, para darle el ingreso a la unidad de cuidados intensivos, esto dentro del área de la emergencia, unidad con dos camas, donde tenía inicialmente dos pacientes trasladando al más estable a una cama en la unidad de observación de la emergencia, para de este modo habilitar una cama para el usuario en mención en esta parte. Ingresa en muy malas condiciones, con abundantes secreciones orofaríngeas, GW= 9/15, pupilas isocóricas fotoreactivas, con soporte de oxígeno a través de cánula binasal, en aparente estado de sopor profundo inmediatamente se corrobora una

“Neumonía Aspirativa”, se cambia se soporte de oxígeno a alto flujo a través de mascara Venturi a $\text{Fio}_2 = 50\%$ en tanto el médico internista de turno lo evalúa; se le instala inmediato en la unidad, se aspira secreciones abundantes, se le toma muestra para AGA, se le monitoriza, encontrándole una presión arterial (140/85), $\text{Fc} = 113$, $\text{SO}_2 = 80\%$, $t = 37.7$, $\text{Fr} = 24 \text{ x'}$, $\text{HGT} = 123 \text{ mg/dl}$, mientras esperábamos el resultado del AGA, y evidenciando el estado del paciente le sugiero al médico se proceda a “intubar” al paciente, mientras no lo define se va cumpliendo con un par de indicaciones que deja, lo considero como paciente en condiciones de “acidosis Respiratoria”, tomo una vez más la iniciativa y le hago la sugerencia al médico, quien nuevamente demora en reaccionar, entonces procedo a manejar al paciente tal como me enseñaron teóricamente y tal como lo viví en la práctica diaria en las experiencias adquiridas, esto es en el soporte farmacológico inicialmente empero el paciente necesitaba con urgencia un soporte ventilatorio invasivo, no había de otra, le pido al personal técnico con el que contaba, me ayude y facilite preparar mi equipo para intubación endotraqueal, y el quipo para colocación tanto de sonda nasogástrica como la vesical; en una tercera oportunidad más le pido esta vez al médico que proceda con lo que le corresponde, y una vez más extiende el plazo, ya en ese momento el paciente presenta inevitablemente desmejora ventilatoria, progresivo y rápido, lo cual obligo tener que pedir apoyo a la Enfermera que se hacía cargo de los demás pacientes, inmediatamente considerando los procesos a seguir, procedí a intubar al paciente satisfactoriamente,

evidenciándose casi de inmediato una mejoría del 98% en la saturación de oxígeno, y una mejoría en la frecuencia cardíaca ($Fc = 89 \text{ x'}$), en seguida lo conecté al ventilador mecánico, el que ya lo tenía programado, una vez terminado todo el procedimiento que duró aproximadamente 15 minutos, hace su ingreso a la unidad la médica anestesióloga, con su indumentaria para el procedimiento, y pues sólo corroboró la estabilidad del paciente, ordenó una placa de control, en la que verificó el correcto procedimiento; luego se colocaron las demás sondas (orogástrica, vesical); se siguió con las demás indicaciones, ya con los resultados en la historia clínica, la aspiración de secreciones a demanda y el monitoreo respectivo; es de esta manera como se dejó al siguiente turno al paciente, estabilizado.

Innovaciones: A raíz de este y otros inconvenientes en el equipo de trabajo, se toma en acuerdo mejorar, implementar y capacitar al personal de Enfermería que labora en la emergencia, guiados a través de modelos de Hospitales Nacionales de ESSalud, claro está, acorde a nuestra realidad.

Para empezar, se establece la alerta a clave 1 o de emergencia, el que consiste en un timbre que alerte al equipo multidisciplinario en casos de emergencia; la conformación de grupos de trabajo para la actualización y mejora de guías, protocolos, también la supervisión constante y recopilación de problemas hallados para su solución; cronograma de capacitación anual.

Aportes: Con el presente informe, el grado de especialista a obtener, y toda la experiencia alcanzada y compartida, dan a notar mejorías en la atención y en la actitud del personal de enfermería las que denotan: compromiso, un plan de acciones de Enfermería basados de nuestras guías y los cuidados ya establecidos.

Reuniones mensuales para capacitación del personal, identificación de problemas y propuestas de solución según plazos.

Coordinación con los siguientes Servicios: Social, Nutrición, Medicina Física, Neumología, de acuerdo al requerimiento y/o necesidad el usuario.

Mejora de los equipos (nuevos y reparados) y abastecimiento oportuno de insumos básicos y necesarios para la atención de los usuarios.

Formatos de uso y requerimiento de materiales e insumos.

Clasificación y agrupamiento de las IRAS en las salas del establecimiento.

Limitaciones para el desempeño Profesional.

Dentro de las limitaciones considero lo siguiente:

Infraestructura: No contamos con la infraestructura adecuada, nos tenemos que adecuar a ella, con espacios reducidos, y ambientes que casi en su totalidad no cuenta con el diseño que debería contar un servicio crítico como es la emergencia, evitando de esta manera los accidentes que puedan producirse o la transmisión de enfermedades a los que estamos expuestos constantemente, de no ser por nuestras medidas de

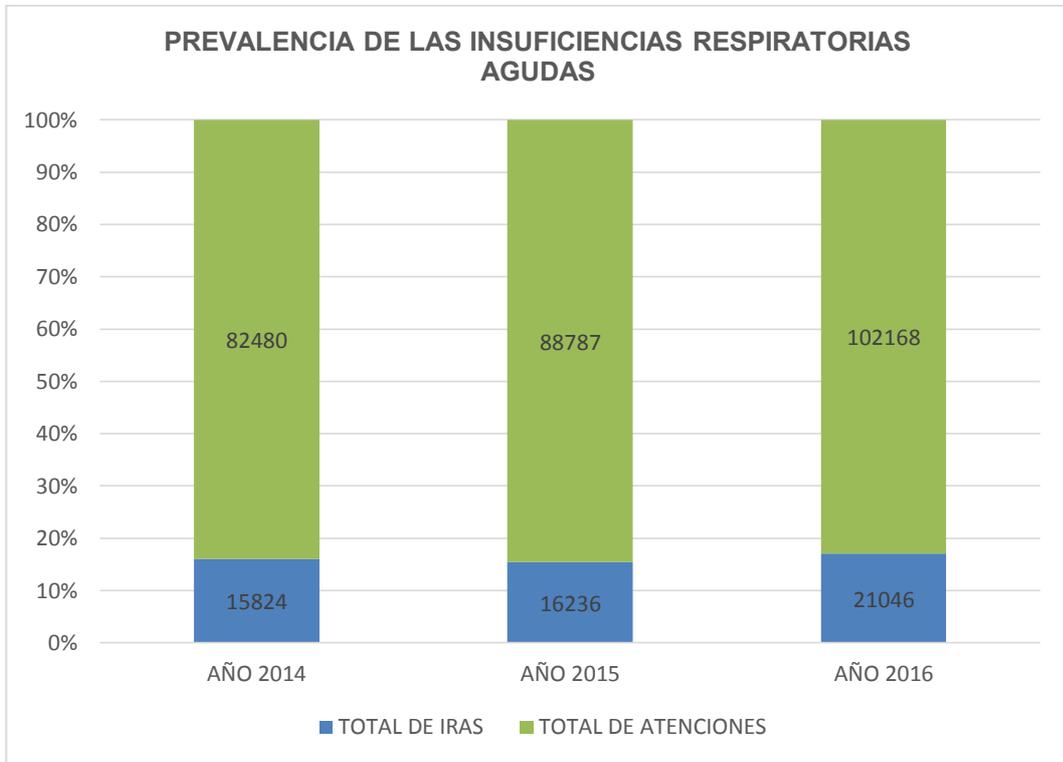
bioseguridad establecidos y practicados, pero es una limitante para nuestro desempeño.

Equipos biomédicos; otra debilidad, pues contamos con camas y camillas en mal estado, y que ponen en riesgo nuestra salud, puesto que demandan de mayor fuerza para maniobrarlos, y no son las recomendadas para algunos pacientes, entre otras averías, manómetros malogrados y que no marcan el flujo de oxígeno adecuadamente, la escases de pulsoxímetros, y la deficiencia con las que trabajan algunos de estos equipos.

Insumos; algunas veces no contamos con medicamento de mediana necesidad y de suma necesidad, teniendo que presionar a los responsables de farmacia para que realicen las coordinaciones respectivas y den solución al problema, situaciones que algunas veces ponen en apuros al personal de Enfermería, pues tenemos que coordinar con la familia para que lo pueda comprar y posteriormente se le hará la devolución respectiva. La no permanencia del profesional médico en el servicio, hace que recaiga en Enfermería, puesto que somos los que tenemos que prácticamente ubicarlos para que puedan atender, demandando ello tiempo, y el malestar del usuario quienes muchas veces exigen prontitud en su atención.

Para terminar, la falta de cohesión como grupo humano y profesional en el equipo de salud; así como la falta de socialización con nuestras guías de atención y la aplicación al 100% de las medidas de bioseguridad.

IV. RESULTADOS



Fuente: Servicio de Estadísticas del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé. Resumen general por años (2014, 2015 y 2016) de los casos de IRAS en el Servicio de Emergencia.

V. CONCLUSIONES

- a) La experiencia profesional y la preparación adecuada, permiten que el Enfermero desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno y seguro al paciente internado en el Servicio de Emergencia por un cuadro de Insuficiencias Respiratoria Aguda.
- b) En el desarrollo del presente informe podemos corroborar que la información brindada respecto a la insuficiencia respiratoria aguda a mejorar habilidades y destrezas para actuar correctamente frente a un caso que se presenta con frecuencia en el Servicio de Emergencia del Hospital Ramiro Priale Priale – Essalud mejorando el pronóstico y elevando la calidad de vida de los pacientes.
- c) El reconocimiento del deterioro del paciente y monitorización apropiada y regular de los signos vitales del paciente ayudan al personal en la detección y tratamiento precoz de las situaciones susceptibles de desencadenar una Insuficiencias Respiratoria Aguda. Cabe resaltar que los pacientes críticos que son ingresados a un servicio de emergencia tienen un paro cardiopulmonar o muestran signos claros y detectables de deterioro en las horas que preceden a estos eventos.
- d) La Gestión ineficaz de la Jefatura y/o coordinación del Servicio de Enfermería, pone en riesgo latente la integridad y la salud tanto del personal como la del usuario, al no encontrar las herramientas, los

espacios, y los insumos necesarios para prestar una adecuada atención a los pacientes con IRA.

- e) La falta de trabajo en equipo, y el compromiso de cada uno de estos hacen en gran medida un desbalance negativo en el proceso final de atención al usuario con IRA, traducándose en una recaída, en una complicación y/o propagación de la enfermedad.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Para una correcta actuación frente a una insuficiencia respiratoria aguda, la Emergencia del Hospital Ramiro Priale Priale – EsSalud, deberían capacitar al personal de Enfermería, monitoreo en la atención de las IRAS y brindar las herramientas necesarias para un mejor desempeño.
- b) Actualizar permanentemente los conocimientos y destrezas en el cuidado de los pacientes con Insuficiencia Respiratoria Aguda, considerando las necesidades y/o requerimientos por etapas de vida, a través de manuales o guías de cuidados.
- c) Actualización y mejora de guías y protocolos, unificando criterios, para el actuar oportuno y apropiado; involucrando a todo el personal de Enfermería del servicio de emergencia, de esta manera evitar las complicaciones de las IRAS.

- d) A través de las reuniones mensuales, el monitoreo constante de los cuidados de Enfermería; formular un documento con las observaciones y los requerimientos y hacerle llegar a la Jefatura del servicio quien a su vez deberá participar a los demás servicios o áreas involucrados en mejorar la calidad en la atención de los usuarios con IRAS.
- e) De acuerdo a los cuidados de Enfermería, según las Teorías integradas en el servicio de Emergencia dirigidos a los pacientes con IRA; se evaluarán periódicamente los compromisos establecidos por los profesionales multidisciplinarios en pro de una atención holística.

VII. REFERENCIALES

1. Archivos de Bronco neumología. [Revista]. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) [citado 13 de Julio de 2017]. Disponible en: <http://www.archbronconeumol.org/es/salud-respiratoria-america-latina numero/articulo/S0300289613002299/>
2. Ministerio de Salud [Boletín Epidemiológico del Perú]. Perú citado 13 de Julio de 2017]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2017/01.pdf>
3. Ortiz, A. y Marroquin, L., Tesis Incidencia y prevalencia de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en niños menores de cinco años en los municipios de Valle Del Guamuez (Putumayo), Pasto (Nariño), Neiva (Huila) – Colombia, [Tesis de Proyecto Investigativo en internet]. Universidad Nacional Abierta y a distancia Escuela de Ciencias Básicas Tecnología e Ingeniería. [citado 13 de Julio de 2017]. Disponible en: http://repository.unad.edu.co/bitstream/10596/1759/1/Incidencia_y_Prevalencia_de_Enfermedades_Respiratorias_Curso_de_profundizacion_1.121.822.015.pdf
4. Achury, Diana, Tesis Intervenciones de cuidado aplicadas por el personal de enfermería en la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica en pacientes de unidad de cuidado intensivo adulto, realizada en Bogotá [Tesis de Especialidad en internet]. [Bogota].Universidad Mayor de San Marcos.2010 [citado 13 de Julio

de 2017]. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2013/hdl_10803_125918/mxrr1de1.pdf

5. Otazú, Fabio; Tesis “Percepción sobre las infecciones respiratorias agudas que poseen las madres de niños menores de 5 años que consultan en el Hospital Distrital de Horqueta, año 2012 [Tesis en internet]. [Paraguay].Hospital Distrital de Horqueta 2012 [citado 13 de Julio de 2017]. Disponible en:
https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2013/hdl_10803_125918/mxrr1de1.pdf
6. Muñoz, Luis; en su trabajo titulado “Conocimientos, y prácticas de las madres y acciones de prevención y promoción desarrollados por agentes de salud, para el manejo de la infección respiratoria aguda en menores de 5 años de la comunidad de 21 de Setiembre de Pachacamac” [Tesis doctoral en internet]. [Lima].Pontificia Universidad Javeriana.2011 [citado 13 de Julio de 2017]. Disponible en:
https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2013/hdl_10803_125918/mxrr1de1.pdf.
7. Ñuñuvera Aleida y Vasquez Fiorella, en su tesis titulada “Nivel de Conocimiento y Cuidado de La Vía Aérea Brindado por la Enfermera al paciente Con Tubo Endotraqueal. Hospital regional docente de Trujillo, 2016”. [Tesis en internet]. [Trujillo].Universidad Privada Antenor Orrego, [citado 13 de Julio de 2017]. Disponible en:
http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2747/1/RE_ENFE_ALEIDA.

%C3%91U%C3%91UVERA_FIORELLA.VASQUEZ_CUIDADO.DE
.LA.VIA.AEREA_DATOS.PDF

8. LÓPEZ J, MD Pediatra Docente pregrado y posgrado Pediatría 2010, Fundación Universidad del Norte Barranquilla, Colombia pág.1, 6,11.
9. GUTIÉRREZ F. Insuficiencia Respiratoria Aguda, Acta méd. Peruana v.27 n.4 Lima oct./dic. 2010
10. SHARMA S., Respiratory Failure, disponible en pág. [www.emedicine.com/](http://www.emedicine.com/topic) topic México ,Jun 29, 2006
11. MORENO.R, Aparato respiratorio, fisiología y clínica. Chile 2000 4º edición, disponible en pág. Web: <http://medicinainterna.wikispaces.com/Insuficiencia+Respiratoria+Aguda>.
12. BLACK RE. Would control of childhood infectious diseases reduce malnutrition? Acta Paediatr.Scand. (Suppl). 1991; 374:133-40

ANEXOS



Frontis del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, Huancayo – Junín – Perú 2015



Ayudando al restablecimiento del usuario con “Neumonía”. Personal de Enfermería y de Nutrición en la foto; parte de los “cuidados Integrados”.

Noviembre del 2016.