

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA
RESPIRATORIA AGUDA GRAVE POR INFLUENZA EN EL SERVICIO
DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA-
ESSALUD, PIURA - 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

PATRICIA PILAR DÁMASO RIVERA

Callao, 2017

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- Dra. BERTHA MILAGROS VILLALOBOS MENESES : PRESIDENTA
- Mg. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO : SECRETARIA
- Dra. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN : VOCAL

Nº de Libro : 03

Nº de Acta de Sustentación: 186 - 2017

Fecha de aprobación: 29 de Junio de 2017

Resolución de Decanato Nº 1643 -2017-D/FCS de fecha 26 de Junio de 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	2
I.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.1 Identificación del Problema	4
1.2 Objetivos de la Investigación	7
1.3 Justificación	7
II.- MARCO TEÓRICO	10
2.1 Antecedentes	10
2.2 Marco Conceptual	14
2.3 Definición de Términos	35
III.- EXPERIENCIA PROFESIONAL	37
3.1 Recolección de Datos	37
3.2 Experiencia Profesional	37
3.3 Procesos realizados en el tema del informe	42
IV.- RESULTADOS	46
V.- CONCLUSIONES	51
VI.- RECOMENDACIONES	52
VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS	56

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades del tracto respiratorio son las más comunes en la especie humana, en la mayoría de los casos son producidos por virus. En cuanto a esta afirmación se ha encontrado que uno de los virus más dañinos al ser humano son aquellos causantes de la influenza, que durante los últimos años, ha sido el azote de varios países en el mundo; dejando graves repercusiones en lo económico y en lo social.

En el año 2009 en el que nuevamente se registran casos de influenza humana o bien virus H1N1, como es conocido actualmente, los primeros casos confirmados fueron en México y los países más afectados fueron este último y Estados Unidos, la pandemia se extendió en menos de 2 semanas afectando otros países además de los ya mencionados como Gran Bretaña, Londres, Cuba, y 10 países más como China, Argentina, España y Perú. Ante la grave situación el gobierno Peruano en coordinación con el Ministerio de Salud, emitió las medidas de prevención para evitar el contagio y así mismo la diseminación del virus. El gobierno aceleró las medidas preventivas y en menos de tres días el plan de acción ya estaba siendo llevado a cabo, a fin de evitar el incremento en el número de casos y proteger sobre todo a la población más vulnerable que son los niños; la primer medida y emprendida fue la suspensión de labores en las escuelas de los departamentos que notificaron casos positivos entre ellos Lima Metropolitana, asimismo transmitió información sobre la identificación de los signos y síntomas de alarma, para proteger a la población en general.

Piura no fue exento de presentar casos por Influenza. El año 2016 presentó un brote, un aumento repentino de casos por influenza durante las semanas epidemiológicas 10 al 19. Los síntomas que se observaron con mayor frecuencia en la población adulta fueron malestar general, artralgias, mialgias, acompañadas de fiebre, dificultad respiratoria y exacerbación de la enfermedad respiratoria de base, estos fueron datos característicos observados por el personal de salud (médicos y enfermeras).

El personal de Enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Cayetano Heredia, fue el primero en hacer frente a esta contingencia de salud, por lo que fue necesaria la organización y coordinación acertada de las acciones implementadas para la atención, manejo y control de la epidemia. Una de ellas fue la implementación de las medidas de bioseguridad para evitar la transmisión cruzada por el virus.

Enfermería representa el 35 % de la fuerza laboral de trabajo más importante en el Hospital, ya que participa en el cuidado directo del paciente con afección respiratoria. Durante la contingencia de salud, el personal de enfermería una vez más demostró su profesionalismo, responsabilidad, y compromiso social, al participar activa y decididamente en la atención del paciente con sospecha y/o confirmación de influenza, demostrando que con organización, coordinación de las acciones implementadas y el trabajo en equipo se logra el éxito.

Por todo ello se realizó el Informe laboral cuyo objetivo es describir los cuidados de Enfermería en pacientes con Insuficiencia Respiratoria Aguda Grave por Influenza; contribuyendo al control de la transmisión y diseminación de la enfermedad; y garantizando una asistencia adecuada y homogénea al usuario.

Asimismo, se usó la teoría de Virginia Henderson para el cuidado integral de pacientes con Influenza, luego de haberse realizado un análisis crítico de la atención observada en el servicio de Emergencia. Llegando a realizar el proceso de Enfermería en pacientes con insuficiencia respiratoria por influenza basado en las 14 necesidades básicas, como estrategia para implementar cuidados avanzados en enfermería, rescatando la esencia de la enfermería, dado que en la actualidad, la mayoría de los/as enfermeros/as privilegian el desarrollo de la función delegada por sobre la función autónoma y la tecnología por sobre los cuidados humanizados, considerando asimismo el Proceso de Enfermería, una herramienta científica para dar cuidado con calidad. Y así contribuir al conocimiento de los profesionales de enfermería y sensibilizarlos acerca de la importancia de utilizar los modelos teóricos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Influenza estacional como una infección vírica aguda causada por un virus gripal. Hay tres tipos de Influenza Estacional: A, B, y C. Los virus gripales del tipo A se clasifican en subtipos en función de las diferentes combinaciones de dos proteínas de la superficie del virus (H y N). Entre los muchos subtipos de virus gripales A, en la actualidad están circulando en el ser humano virus de los subtipos A(H1N1) y A(H3N2).

Es una infección viral causada por los virus de la Influenza que se transmite fácilmente de una persona a otra, pueden afectar a cualquier persona de cualquier edad, alcanzan su auge durante el invierno, es un problema grave de salud pública que puede ser causa de enfermedad grave y muerte en las poblaciones de alto riesgo, causa de epidemias que pueden ejercer gran presión sobre los servicios de salud y tener importantes repercusiones económicas debido a la reducción de la productividad laboral. (1)

Desde el siglo XVI, se han documentado en promedio tres pandemias por siglo, con intervalos de 10 a 50 años. En el siglo XX, las pandemias ocurrieron en 1918, 1957 y 1968; la pandemia de 1918 causó la muerte de 40 a 100 millones de personas en menos de un año, con máximas tasas de mortalidad en personas de 20 a 45 años de edad; las pandemias de 1957 y 1968 fueron menos letales, pero no por ello menos importantes, ocasionando entre 1 y 4 millones de defunciones, principalmente en grupos de riesgo tradicionales como los adultos mayores. Luego de la pandemia de 1968, han surgido hasta la fecha 12 brotes con potencia mortal en diferentes países del mundo. El actual riesgo potencial de una pandemia de influenza, está referido a la circulación entre humanos del subtipo AH1N1, una cepa nueva del virus de Influenza A, que afectó México y Estados Unidos desde marzo de 2009. Al 05/05/2009, el virus había afectado 19 países más, en Europa, Asia, Oceanía, Centro y

Sudamérica (Colombia); a la misma fecha en todos los países comprometidos se habían reportado 1124 casos confirmados y 26 defunciones ocasionadas por el virus de Influenza AH1N1. (2)

El 29 de abril, la Organización Mundial de la Salud elevó a fase 5 el nivel de alerta ante una posible pandemia. El organismo hizo un llamado a todos los países a estar preparados para poner en práctica sus planes de contingencia.

La pandemia de gripe A (H1N1), entró en el Perú el 14 de mayo del mismo año. Este fue el 14º país en reportar casos de gripe A en el continente americano. (3).

En epidemias y pandemias de influenza, la tasa de ataque total es relativamente alta y se desarrolla en un corto período de tiempo, de tal manera que debemos esperar un gran número de casos en pocos días. Dada la capacidad de la enfermedad de producir complicaciones respiratorias y no respiratorias, especialmente en poblaciones específicas, se esperaría un aumento mensurable de las tasas de hospitalizaciones y de mortalidad aún en pandemias con bajas frecuencias de aquellas. Por consiguiente, la demanda de los servicios de salud se vería sobrecargada, saturando la atención y aumentando los gastos sanitarios. La enfermedad produce pérdidas económicas importantes a una región ya que altera significativamente las actividades productivas de los sectores públicos y privados; uno de los rubros más afectado es el turismo, especialmente el internacional, ya que se vería limitada la llegada de visitantes a una región con transmisión del virus

Frente a esta pandemia por Influenza a nivel mundial, que generó la alerta en todos los países del mundo; incluido nuestro país, el gobierno en coordinación con las autoridades y profesionales competentes, establecieron Guías de Atención, Plan de Contingencia.

En la Red Asistencial Piura - EsSalud los casos de influenza confirmados desde el año 2009 al año 2016, han tenido gran variación. En el año 2009 donde se produjo la pandemia se tuvo 460 casos confirmados, frente a

ello las autoridades de EsSalud, conjuntamente con profesionales de Salud de cada Red, hicieron un Plan de Contingencia. Lográndose de esta manera trabajar bajo un solo objetivo disminuir la mortalidad por Influenza brindando una atención rápida y oportuna. Durante tres años consecutivos 2010 a 2012, no se notificaron casos confirmados por influenza. En el año 2013 se reportó 46 casos confirmados por Influenza. El 2014 y 2015 no se reportó casos confirmados observándose una curva de silencio epidemiológico. Pero el año 2016 hasta la semana epidemiológica 15 se reportaron 29 casos confirmados por Influenza, y de ellos 3 fallecieron representando el 10.3 % del total de pacientes con influenza. Asimismo, del total de casos confirmados, 13 fueron notificados por el Hospital III Cayetano Heredia, representando el 44.8%. Frente a este brote se reunieron las autoridades de EsSalud e implementaron estrategias para su prevención, atención rápida y oportuna, evitando así complicaciones que pueden llevar a muerte por esta patología.

El Hospital III José Cayetano Heredia, es un Hospital de referencia, integrado, que recibe pacientes de Tumbes y Piura: asegurados, FOSPOLI, SALUPOL, MINSA (SIS) y No Asegurados

El servicio de emergencia tiene diferentes tópicos: Medicina, Cirugía, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Unidad de Cuidados Especiales y Reposo I y II. Frente a los casos presentados de Influenzae se apertura un área específica. Asimismo, cuenta con Profesionales Médicos (Generales, Internista, Medicina Familiar, Gineco-Obstetra, Pediatría, Cirujano-General), Lic, Enfermería, Obstetricia, Técnicos de Enfermería e Internos de Medicina, Obstetricia, Enfermería. No cuenta con un flujograma de Atención a Pacientes con Influenza.

El Consultorio de Atención Inmediata se realiza de lunes a sábado, excepto domingos y feriados, en turnos de mañana y tarde. El área de Influenza se adaptó a la necesidad por caso presentado y solo para pacientes de grado de dependencia I y II, pacientes con grado de Dependencia III fueron internados en servicio de reposo junto a pacientes con otras patologías. Y los pacientes de grado IV pasaron a UCE a

espera de la evaluación de especialistas del servicio UCI, pero por alta demanda de pacientes no llega admitirse a dicho servicio,

El sistema de seguridad y control de visita a pacientes no es buena, ingresan más de dos familiares y sin la debida protección e información. La alta demanda de pacientes y la fluidez de familiares, dificultan muchas veces la atención, entorpece el cuidado oportuno e incrementa el riesgo de transmisión cruzada.

El uso de barreras de Bioseguridad es en un 70%, por todo el personal de salud y de apoyo, sea por desconocimiento, falta de responsabilidad o por escasez de material que la institución provee. La técnica de lavado de manos no se cumple a cabalidad, por falta de compromiso de personal.

1.2 Objetivo:

Describir los Cuidados de Enfermería en pacientes con Insuficiencia Respiratoria Aguda Grave por virus de Influenza en el Servicio de Emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia- EsSalud.

1.3 Justificación:

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) representan uno de los principales problemas de salud a nivel mundial. El Perú no se encuentra exento de dicho problema; siendo la neumonía la complicación de mayor frecuencia y causal de muerte, convirtiéndolo en un problema de salud pública.

La insuficiencia Respiratoria es una causa importante de morbilidad en el paciente crítico y constituye uno de los principales motivos de ingreso a una unidad de Emergencia. La mortalidad en estos pacientes puede ser muy alto, especialmente en aquellos casos del Distres Respiratorio agudo secundario a sepsis que pueda alcanzar un 60% o más.

Debido a ello, se realizó el presente Informe, que beneficia potencialmente a este grupo poblacional; dado que la patología

respiratoria por virus influenza, los hace susceptibles a presentar complicaciones como es la insuficiencia Respiratoria, llegando incluso a la muerte. Al unificar criterios y trabajar bajo una Guía de Atención, se brindará una atención rápida y oportuna con calidad y calidez.

Es de interés porque se beneficia al personal de enfermería y pacientes de influenza, evitando posibles contagios, brindando una atención de calidad y calidez, realizando cuidados oportunos y evitando complicaciones.

Es novedoso porque se logra fomentar la aplicación adecuada de las normas de bioseguridad y cuidados que requieren y necesitan los pacientes de influenza debido a que es una enfermedad que ha cobrado muchas vidas humanas.

Es factible la ejecución de la propuesta del Proceso de Enfermería haciendo uso de las medidas de bioseguridad, porque se plantea información adecuada en términos entendibles, actualizada y específica que el personal de enfermería requiere conocer y puedan aplicar sin ningún inconveniente y fácil de efectuarlo.

Es de impacto porque el reto de las enfermeras/os es fomentar la salud y que eso se traduzca a resultados satisfactorios que beneficien a los usuarios. Y nunca dejar de lado, que la práctica de enfermería se rige por un enfoque Holístico por ello, no debemos olvidar el apoyo comunitario para las familias afectadas por tal padecimiento. Por ultimo no olvidemos que el objetivo de nuestra práctica profesional es y será por siempre salvaguardar la salud integral de todo ser humano.

La importancia de analizar los cuidados y aplicación de normas de bioseguridad tiene una connotación social porque permite observar problemas e investigar sus causas, encontrando soluciones para disminuir el riesgo de convertirse en un foco potencial de infección para las personas que están alrededor de una persona infectada.

Frente a lo anterior, se plantea un gran desafío para la integración real entre las unidades formadoras de futuros profesionales de enfermería y

los profesionales asistenciales, contando con un marco conceptual incorporado a la malla curricular de toda la carrera y que el alumno egrese con un bagaje de conocimientos en relación a teorías y modelos de enfermería, para su posterior desempeño profesional. Llevando consigo que estas actuaciones únicas, autónomas, propias del quehacer de este profesional permitan alcanzar, de una u otra forma, a cumplir con las políticas nacionales de salud en lo que respecta a la gestión del cuidado de enfermería.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Guaña Torres, Jorge Luis (2010), realizó un trabajo Investigación titulado: Conocimientos, Actitudes y Prácticas del personal de Enfermería, que labora en el Hospital San Luis de Otavalo sobre la atención de pacientes con AH1N1 enero a noviembre, Ecuador - 2010. Teniendo como objetivo Determinar los conocimientos actitudes y prácticas del personal de Enfermería que labora en el Hospital San Luis de Otavalo sobre la atención a pacientes con AH1N1. La metodología fue básicamente un estudio descriptivo, retrospectivo. Concluyendo que el conocimiento del personal de Enfermería es bueno, en cuanto a características, fisiopatología de la enfermedad, transmisión, prevención, diagnóstico, tratamiento. Asimismo, presenta una actitud positiva ante el paciente y tienen prácticas adecuadas personales en torno a la atención del paciente. Su aporte fue la implementación de una guía administrativa y operativa para enfrentar casos de epidemias y pandemias de gran escala, pues al disponer de estos instrumentos de orientación, estamos preparados para futuras acciones y controlar con eficiencia los efectos de estas enfermedades masivas. (4)

Villa Solis, Laura Fernanda (2013) realizó un Estudio de Investigación titulado: Aplicación de las Normas de Bioseguridad por parte del personal de Enfermería y su relación con Atención a pacientes de influenza AH1N1 en el servicio de Medicina Interna del HGDA en el período julio- diciembre 2013- Ecuador; cuyo objetivo fue Establecer la aplicación de normas de bioseguridad por parte del personal de enfermería para la atención a pacientes de influenza AH1N1 en el servicio de medicina interna del HGDA. El tipo de estudio fue Explorativo, descriptivo. Concluyendo que el uso de normas de bioseguridad por parte del personal de enfermería en la atención de los pacientes con patología AH1N1 fue indispensable para evitar contagios del paciente hacia el personal y del personal a terceras personas. El personal de enfermería no fue adiestrado ni capacitado de forma eficaz para el manejo de los pacientes con esta patología lo que puede convertirse en factor predisponente de contagio. En la atención

brindada a este tipo de pacientes solo un porcentaje del personal de enfermería está realizando cuidado directo al paciente, demostrando el desinterés en la atención del usuario con influenza AH1N1. La aplicación de protocolo de normas de bioseguridad para el personal de enfermería de área de medicina interna del HGDA asegurara la calidad de atención a pacientes con influenza AH1N1 de forma segura, responsable, previniendo complicaciones en la salud del paciente y el personal que lo atiende. (5)

Vásquez Santos, Laura; (2010) realizó un estudio de investigación titulado: Factores de riesgo asociados a Influenza en pacientes de urgencias de UMAE Hospital de Especialidades No. 14, Veracruz. México, cuyo objetivo fue: Determinar los factores de riesgo asociados a la influenza AH1N1 en el periodo de contingencia de la Unidad Médica de Alta Especialidad, utilizó un Estudio retrospectivo, transversal y descriptivo. Obteniendo como resultado; se estudiaron 54 pacientes, 19 correspondieron al sexo masculino y 35 al femenino. La mediana de la edad fue de 44.5 años. Menores de 50 años fueron el 91% de la población estudiada. Los síntomas de presentación clínica incluyeron fiebre en el 100% de los casos, cefalea en 87%, tos 85% , malestar general 85%, rinorrea en el 61% , escalofrío 55%, congestión nasal 55%, postración 50%, dolor de garganta 46%, disnea 39%, conjuntivitis 31%, dolor abdominal 28%, disfonía 13%, y cianosis en un 13% de los casos. El asma es la condición más común que se observó tanto para influenza estacional como para H1N1, obteniéndose para esta última una p de 0.70 ($p>0.05$). Seguidos en orden de frecuencia por tabaquismo, con una p 0.90 ($p>0.05$), diabetes mellitus, con una p 0.70 ($p >0.05$) hipertensión arterial con una p de 0.50 ($p>0.05$), enfermedad pulmonar obstructiva crónica con p de 0.80, ($p>0.05$), embarazo p de 0.80 ($p>0.05$), y VIH con p de 0.80 ($p>0.05$). Conclusiones: se encontró una escasa asociación entre el virus de la influenza humana y todos los factores de riesgo que se presentaron en nuestra muestra. (6)

Ysla Poémape, Marianella Haydee (2015), realizó un estudio titulado: Factores Asociados y Complicaciones Respiratorias en Pacientes

Pediátricos con Inmunofluorescencia Viral Positiva – Lima, teniendo como objetivo Determinar los factores asociados y complicaciones respiratorias en pacientes pediátricos menores de 5 años con inmunofluorescencia viral positiva atendidos por IRA en el servicio de pediatría del HONADOMANI San Bartolomé, entre los años 2009-2013- Lima. El tipo de estudio fue Observacional y diseño retrospectivo, analítico. Llegando a concluir: Las características clínico-epidemiológicas de los pacientes pediátricos con inmunofluorescencia viral positiva que estuvieron asociados a la presencia de complicaciones fueron la edad menor de 1 año, el género masculino, el tiempo de enfermedad menor de 6 días, signos de taquipnea, tiraje y subcrépitos. Los principales diagnósticos virológicos, al ingreso, asociados a la presencia de complicaciones en pacientes pediátricos fueron virus sincitial respiratorio y la parainfluenza A-B. En las condiciones de riesgo más frecuentes en menores de 5 años con IFI positiva se encontró la infección respiratoria previa, SOB recurrente, enfermedad pulmonar crónica y antecedente de ventilación mecánica. Las principales complicaciones en pacientes pediátricos menores de 5 años con IFI positiva fueron la neumonía viral, atelectasia e insuficiencia respiratoria. La insuficiencia respiratoria estuvo más frecuente en los pacientes que presentaron infección respiratoria previa, enfermedad pulmonar cardíaca y antecedente de ventilación mecánica; asimismo, la neumonía viral se presentó con mayor frecuencia en pacientes que presentaron SOB recurrente y prematuridad. (7)

Pela Jantine, Roseboom, (2014) realizó un estudio de investigación titulado: Epidemiología de la Influenza AH1N1 en la población de Chepén, entre enero y septiembre 2013, cuyo objetivo fue Determinar la Epidemiología de la Influenza AH1N1 en la población de Chepén, el tipo de Estudio fue descriptivo retrospectivo, que evaluó 12 casos confirmados de influenza A/H1N1. Teniendo como conclusiones: Entre las características sociodemográficas más frecuentes se halló la edad de 20 a 59 años, afecto más a los varones y a los estudiantes. La mayoría tuvo contactos con personas con enfermedades respiratorias, ninguno recibió

la vacuna respectiva. El cuadro clínico se caracterizó por: fiebre, malestar general, tos y dolor de garganta. Entre los criterios de gravedad predominó la dificultad respiratoria. Se usó con más frecuencias antibióticos que antivirales y el asma fue la comorbilidad más frecuente. (8)

Rodríguez Montoya, Ronald Milton, (2009) realizó un Estudio de Investigación titulado: Variables Respiratorias asociadas a Mortalidad del Síndrome de Distres Respiratorio Agudo por Influenza A (H1N1). Hospital Alberto Sabogal, Callao; cuyo objetivo fue: Determinar las variables respiratorias asociadas a mortalidad en pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos de adultos del Hospital Alberto Sabogal Sologuren, Callao – Perú, ingresados desde el 1 de julio al 31 de setiembre del 2009 con síndrome de distrés respiratorio agudo debido a infección confirmada por virus de la Influenza A (H1N1). El tipo de estudio que empleó fue descriptivo, observacional, prospectivo, longitudinal. Teniendo como resultado: De los 10 pacientes del estudio, sobrevivieron 4; en el transcurso de los días el agravamiento de las variables que mostraron diferencia estadísticamente significativa fueron: la Presión Pico (en los días 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10), la Presión Plateau (en los días 4, 5, 6, 8, 9 y 10) y la Gradiente Alveolo Arterial (en los días 4, 5, 8, 9 y 10), no habiendo diferencia estadística y secuencial en las demás variables: Compliance, Pa/FiO₂, Ph arterial, PaO₂, PaCO₂, volumen tidal, volumen minuto ni con el PEEP. Llegando a la conclusión: Hay diferencia significativa a partir del cuarto día y de forma secuencial en las variables Presión Pico, Presión Plateau y el Gradiente Alveolo Arterial. Dejando como Recomendaciones: Al estar inmersos en una pandemia, se debe valorar la evolución de la Presión Plateau, Presión Pico y la Gradiente Alveolo Arterial para trabajar en base al pronóstico del paciente. (9)

2.2. Marco conceptual

Influenza

Definición

Es una enfermedad respiratoria aguda causada por alguno de los tres tipos de virus de la influenza que se conocen: A, B y C. El tipo A se subclasifica según sus proteínas de superficie (ANTIGENOS): hemaglutinina (H) y neuraminidasa (N) de la cual depende su capacidad para provocar formas graves del padecimiento.

Nombre: virus de la influenza

Tipo: tipo A, tipo B o tipo C

Subtipo: el tipo A puede presentarse en hasta 144 combinaciones, desde H1N1 hasta H16N9 ya que se han detectado 16 hemaglutininas (H) y 9 neuroaminidasas (N)

Desde el punto de vista de la salud pública, el de mayor importancia es el virus de la influenza tipo A, que tiene la capacidad de infectar a humanos y algunas especies de animales tales como aves, cerdos, tigres, entre otros. El cuadro actual está relacionado a un nuevo virus identificado como influenza A, H1N1. (10)

Etiología:

El Virus de la Influenza de tipo A Subtipo H1N1 Pertenece a la familia Orthomyxoviridae al igual que los virus de tipo B y C.

Son partículas pleomórficas de apariencia esférica con una envoltura lipoproteica. Por debajo de la envoltura se encuentra una cepa constituida por la proteína matriz (M1), que es el soporte estructural de la partícula. En el interior, existe un conjunto de ribonucleoproteínas (vRNPs) que constituyen el genoma del virus.

En la superficie del virus, se encuentran dos glicoproteínas, la hemaglutinina (HA) y la neuraminidasa (NA), cuya estructura determina

los subtipos serológicos que podemos definir entre los virus gripales tipo A. Así, existen 16 subtipos diferentes de HA (H1-H16) y 9 de NA (N1- N9).

Fisiopatología

El virus de la Influenza tipo A posee una alta patogenicidad debido a su capacidad de mutar en forma rápida y de incorporar en su estructura genes de virus que infectan a otras especies animales. La pandemia actual probablemente deriva de la recombinación de virus provenientes de animales (porcino, aves) y del humano.

A la fecha, se desconoce con precisión como surge, pero sí una especie es infectada simultáneamente por el virus de la Influenza humana y el virus de la Influenza porcina, existe la posibilidad que se produzca un intercambio genético que tiene como resultado un nuevo sub tipo viral. Por tanto, si la cepa H1N1de la Influenza porcina se combina con una cepa de la Influenza Humana dentro de un mismo huésped, puede ocurrir una mutación que origine una nueva cepa capaz de replicarse y transmitirse entre humanos, con una mayor facilidad de transmisión y letalidad que la influenza común. Estos fenómenos de variación genética han podido producirse con mayor facilidad en los cerdos, ya que estos animales son susceptibles de sufrir la infección por virus humanos y aviares en forma simultánea.

Las personas que trabajan con cerdos pueden jugar un rol importante como mezcladores de cepas de virus de influenza, que lleven a la recombinación genética y al desarrollo de una nueva progenie con potencial pandémico.

Todos estos cambios podrían explicar la aparición de ciclos caracterizados por pandemias esporádicas, seguidos de períodos de endemia y epidemia, que suceden cuando la población que fue afectada inicialmente desarrolla nuevos anticuerpos contra el virus y se inmuniza.

Transmisión:

La Enfermedad se transmite por contacto directo, entre los contactos cercanos, incluyendo al personal de salud y familiares.

Se define contacto cercano aquel que ha cuidado, convivido o ha tenido contacto directo con secreciones respiratorias o secreciones de un caso sospechoso, probable o confirmado de Influenza A (H1N1).

Los mecanismos de transmisión son:

- Inhalación de gotitas infecciosas o núcleos de gotitas.
- Contacto directo con personas enfermas.
- Contacto indirecto con secreciones respiratorias y autoinoculación en el tracto respiratorio alto o mucosa conjuntival.

Factores de riesgo asociados:

a. Medio Ambiente:

De haber transmisión activa del virus de influenza AH1N1 en la comunidad, el riesgo será menor si se permanece mayor tiempo en casa, lo que resulta una medida importante para personas de edad avanzada o inmunosuprimidas. La transmisión no guarda relación con la época del año. Sin embargo para influenza estacional esta es más frecuente en los meses de invierno.

b. Estilos de Vida:

Los siguientes factores de riesgo deben causar sospecha de virus de Influenza AH1N1:

- . Contacto cercano con casos confirmados de Influenza AH1N1 mientras el caso estuvo enfermo.
- . Viaje reciente a áreas donde se han confirmado casos de Influenza AH1N1.

c. Grupos de Alto Riesgo:

Una persona de alto riesgo de complicaciones para la infección por el nuevo virus de Influenza AH1N1 está definida por los mismos criterios que para la influenza estacional.

. Niños menores de 5 años. El riesgo de complicaciones severas es más alto en niños menores de 2 años.

. Adultos de 60 años a más.

. Personas con las siguientes condiciones:

* Enfermedades pulmonares crónicas (incluyendo el asma), cardiovasculares (excepto hipertensión), renales, hepáticas, hematológicas (incluyendo enfermedad de sickle cell), neurológicas, neuromusculares o metabólicas (incluyendo diabetes mellitus)

* Inmunosupresión, incluyendo las ocasionadas por medicamentos o por HIV.

* Mujeres embarazadas.

* Personas menores de 19 años de edad quienes reciben terapia prolongada con ácido acetil salicílico.

* Residentes de casas de reposo u otros servicios de cuidados crónicos.

Cuadro Clínico

a. Grupos de Signos y Síntomas relacionados con la patología:

Las manifestaciones de la Influenza AH1N1, presentado en México (casos severos) y EEUU (casos leves) fueron similares a la influenza humana estacional con enfermedad respiratoria aguda, incluyendo los siguientes signos y síntomas:

. Fiebre

. Tos seca (ocasionalmente con esputo)

. Dolor de garganta.

. Dolores musculares.

. Cefalea

. Disnea

- . Rinorrea
- . Escalofríos
- . Diarrea y vómito (ocasional)

Las muertes producidas han sido por Neumonía y Falla Respiratoria. No está claro si estas han sido por efecto mismo del virus o consiguiente proliferación bacteriana.

b. Interacción Cronológica y características asociadas:

b.1. Período de Incubación, infecciosidad:

De los casos presentados se dedujo que el periodo de incubación usualmente es de 2 – 7 días. promedio 5 días. Siendo el período de infecciosidad desde 1 día antes hasta 7 días después del inicio de los síntomas de dicho caso.

b.2. Evolución:

La duración de la enfermedad es de 4-5 días en los casos leves. En algunos después de 4 – 16 días, empieza una fase con afectación de vía respiratoria baja con aparición de disnea que quizá vaya acompañada de taquipnea y estertores inspiratorios. La producción del esputo es variable con rasgos sanguinolentos en algunos casos. La mayoría de pacientes graves presentan un cuadro de neumonía clínica evidente.

La progresión a falla respiratoria y Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA) tiene un tiempo de inicio de 5 días (rango de 4_13). La diarrea acuosa sin sangre o cambios inflamatorios parecen ser más comunes que en la Influenza estacional, y pueden preceder a las manifestaciones respiratorias por más de una semana.

En un porcentaje de casos, la enfermedad respiratoria es catalogada como Neumonía o Neumonía muy Grave como para requerir intubación y ventilación mecánica. La letalidad entre las personas con enfermedad grave varía del 2 al 8% dependiendo del tratamiento indicado.

Diagnóstico:

a. Definiciones de caso:

Las definiciones de caso pueden variar de acuerdo al desarrollo de la epidemia, por lo tanto deberá de consultar la definición actual en www.dge.gob.pe,

a. 1. Caso sospechoso:

Se considera a quién cumpla alguna de las siguientes condiciones:

- . Persona con fiebre mayor de 38°C acompañada de al menos uno de los siguientes signos y síntomas:
 - . Tos
 - . Dolor de garganta
 - . Rinorrea
- Que además:
 - . Estuvo en los 7 días previos al inicio de la enfermedad en una zona con casos confirmados de infección por virus de influenza AH1N1, o
 - . Tuvo contacto cercano con un caso confirmado de infección con virus de influenza AH1N1.

a.2. Caso Probable:

- . Un caso sospechoso con resultado de prueba de Influenza positiva para Influenza A, pero no subtipificado por los reactivos comúnmente utilizados para detectar la infección por el virus de la Influenza estacional.
- . Persona que murió a causa de una infección respiratoria aguda inexplicada y con nexo epidemiológico con un caso probable o un caso confirmado.

a.3. Caso Confirmado:

Persona con una prueba de laboratorio confirmatoria de infección con virus de Influenza AH1N1 en un laboratorio de referencia Nacional, por una o más de las siguientes pruebas:

- . RT-PCR en tiempo real (Reacción de la Cadena de Polimerasa en Transcripción Reversa).
- . Cultivo viral

a.4. Caso Descartado:

Todo caso sospechoso caso probable que luego de la investigación epidemiológica y de laboratorio tiene resultados negativos a la presencia de virus Influenza AH1N1.

NOTA IMPORTANTE:

Establecida la posibilidad de un caso sospechoso de Influenza AH1N1 deberá realizarse la notificación inmediata a la instancia epidemiológica correspondiente del establecimiento de salud.

b. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO:

a.1. Epidemiológico: Toda persona con enfermedad respiratoria aguda leve o grave, de países o territorios en los cuales se ha detectado el virus de la influenza AH1N1.

a.2. Clínico: Cuadro general o respiratorio agudo y grave, caracterizado generalmente por fiebre alta acompañado de tos, dolor de garganta o rinorrea.

a.3. Radiológico: Presentación de infiltrados o consolidación lobar o segmentaria con broncograma aéreo.

a.4. Viroológico: La confirmación laboratorial de la Influenza AH1N1 requiere al menos uno de los siguientes:

- . Un análisis de RT PCR en tiempo real de la Influenza A (H1N1) positivo.
- . Un cultivo viral positivo.

NOTA IMPORTANTE:

Para el diagnóstico virológico se deberán tomar muestras de hisopado nasal y faríngeo, adoptando las medidas de bioseguridad adecuadas.

c. Diagnóstico Diferencial:

Para el diagnóstico diferencial pueden considerarse las siguientes entidades clínicas:

- . Influenza Estacional.
- . Neumonía Bacteriana
- . Neumonía Viral (por otros agentes)
- . Bronquitis Aguda
- . Bronquiolitis
- . Resfriado común
- . Crisis asmática

Exámenes Auxiliares:

a.1. De Patología Clínica:

Prueba	Tiempo para la obtención de resultados	Interpretación	Observaciones
Detección de antígeno (Inmunofluorescencia)	7	Se identifica los siguientes virus respiratorios: Influenza A y B, Adenovirus, Parainfluenza 1,2,y 3 virus sincitial respiratorio.	Requiere microscopio de fluorescencia y pericia en la lectura. Disponible también en Laboratorios regionales.
Molecular (RT-PCR Tiempo Real)	16 – 72 horas	Subtipificación del virus Influenza: AH1, AH2, AH3, AH5, B	Requiere pericia y equipos de alto costo
Cultivo (Aislamiento y Tipificación viral)	14 días	Subtipificación del virus influenza por inhibición de la hemaglutinación (Kit Reactivo WHO)	Prueba Gold Standard, Requiere pericia. Permite la obtención de cepas para estudios y vacuna.

El diagnóstico específico para Influenza AH1N1, es mediante RT -PCR en tiempo real y cultivo viral.

a.2. De imágenes:

Los siguientes cambios radiográficos, suelen estar presentes siete días después del inicio de la fiebre (rango de 3 a 17 días).

- . Infiltrados difusos, multifocales o desiguales.
- . Infiltrado Intersticial.
- . Consolidación lobar o segmentaria con broncograma aéreo.

a.3. De exámenes Auxiliares Complementarios:

- . Hemograma: leucopenia (linfopenia), y trombocitopenia leve a moderada.
- . Bioquímica: Puede encontrarse hiperglicemia, creatinina elevada y elevación de la aminotransferasa.

Pueden ser necesarios además otros exámenes en función del estado clínico del paciente y del criterio médico. (11)

Atención del paciente adulto con insuficiencia respiratoria aguda por virus de influenza

Evaluación Clínica

a. Criterios diagnósticos de Neumonía en pacientes adultos

Infiltrado pulmonar nuevo en la radiografía de tórax, asociado por lo menos a uno de los siguientes síntomas/signos:

- . Fiebre
- . Tos persistente
- . Dolor torácico
- . Esputo muco-purulento
- . Hemograma anormal (Leucocitosis o Leucopenia c/s Desviación Izquierda)

b. Neumonía grave por virus de Influenza en el paciente adulto

Además de los criterios para Neumonía en el paciente adulto, presenta por lo menos uno de los siguientes signos y síntomas:

- . Taquipnea > 30 / minuto
- . Disnea y dolor torácico persistentes
- . Cianosis
- . Trastorno del estado de conciencia
- . Hipoxemia. Saturación de oxígeno por pulsioxímetro (SpO₂) < 90% con aire ambiental y/o PaO₂/Fi O₂: < 300
- . Infiltrados pulmonares multilobares y/o bilaterales, derrame y/o cavitación en la Radiografía de Tórax
- . Hipotensión arterial
- . Neumonía en paciente con al menos un factor de riesgo.

c. Neumonía Grave con Insuficiencia Respiratoria Aguda por virus de influenza en el paciente adulto

Paciente que presenta taquipnea > 30/min, y alguno de los siguientes signos clínicos:

- . Aumento del trabajo respiratorio definido por: polípnea, aleteo nasal, cianosis, uso de músculos accesorios, ventilación asincrónica, piel pálida, fría o marmórea, diaforesis
- . Alteración del estado de conciencia
- . Hipotensión o hipertensión, taquicardia o bradicardia y/o arritmias
- . Saturación de oxígeno con aire ambiental SpO₂ < 90% y/o AGA con PaO₂/FiO₂ < 300 y/o PaCO₂ > 45mmHg que mejoran con la administración de oxígeno suplementario.

d. Lesión Pulmonar Aguda (LPA) y Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA) por virus de Influenza.

- . Infiltrados pulmonares bilaterales
- . Hipoxemia severa

Pa O₂/Fi O₂ < 300 = LPA

Pa O₂/Fi O₂ < 200 = SDRA

No evidencia de insuficiencia cardiaca por datos clínicos o Presión en cuña capilar PCP > 18mmHg si se utiliza monitorización hemodinámica mediante catéter de Swan Ganz)

Atención del paciente adulto con Insuficiencia Respiratoria Aguda por virus de Influenza, en sala de hospitalización.

a. Características de la sala de hospitalización

a.1. Deberán ser hospitalizados en ambientes exclusivos de aislamiento respiratorio de cohortes en un área determinada por el Plan de Contingencia del Establecimiento de Salud (Sala de Influenza).

a.2. Estas áreas deberán contar mínimamente con lo siguiente:

- . Ventilación apropiada del ambiente, en caso de no contar con presión negativa.

- . Abastecimiento de oxígeno suplementario.

- . Lavabos e insumos para lavado de manos clínico (papel toalla, jabón desinfectante con solución de clorhexidina y alcohol gel).

- . Equipos de protección personal (EPP) individuales:

- * Mandilón impermeable

- * Respirador N-95, N149 FFP2 (descartar luego de cada turno de 12 horas en áreas críticas)

- * Gorro (en caso de requerirse, por ejemplo, para realizar un procedimiento generador de aerosoles).

- * Escudo facial o lentes protectores individuales

- * Guantes descartables

a.3. Preferentemente deben contar con baño y ducha para higiene del personal de salud.

b. Atención propiamente dicha.

El proceso de atención de pacientes adultos con Insuficiencia Respiratoria Aguda, se da básicamente en UCI, sin embargo algunos casos pueden ser tratados en hospitalización. Considerar los siguientes pasos:

- . Colocar al paciente en posición semi-fowler

- . Administrar oxígeno por una máscara reservorio con FiO₂ 100%.

- . Verificar la permeabilidad de la vía aérea y la necesidad de intubar al paciente.

- . Asegurar una vía intravenosa permeable con un catéter periférico 18G ó 20G.

- . Colocar una sonda nasogástrica si hay distensión gástrica
- . Nebulizaciones con β -agonistas (salbutamol o epinefrina racémica), si hay broncoespasmo. De persistir el espasmo bronquial puede asociarse Bromuro de ipatropium inhalado de 40 a 80 microgr. (2 a 4 puff) o si es nebulizado con 250 microgr. En el caso de usar corticoides. Metil prednisolona 1mg/kg o dexametasona 0.3 mg/kg. De no contar con bromuro de ipatropium se puede usar aminofilina por vía intravenosa intravenosa.

- . Terapia específica para Influenza (Oseltamivir)

- . Considerar el inicio de profilaxis con ranitidina

- . Determinar el ingreso del paciente a Áreas Críticas de acuerdo a los criterios establecidos.

c. Criterios para el traslado a Áreas Críticas

c.1. Paciente grave con riesgo inminente de paro cardio-respiratorio con sospecha de Infección Respiratoria Aguda por virus de Influenza en la Sala de Shock-Trauma u otra definida por el hospital.

c.2. Paciente grave con insuficiencia respiratoria aguda post-paro cardio-respiratorio en la Sala de Shock-Trauma u otra definida por el Hospital.

c.3. Paciente con insuficiencia respiratoria aguda sin criterios de mejoría internado en Sala de aislamiento, medicina o neumología.

c.4. Paciente con insuficiencia respiratoria aguda grave con soporte ventilatorio en el área crítica para infección respiratoria definida por el hospital (Área Crítica de Aislamiento Respiratorio).

Atención del Paciente Adulto con Insuficiencia Respiratoria Aguda por virus de Influenza en Áreas Críticas.

Los casos de Neumonía Grave por virus de influenza que requieran ventilación mecánica serán admitidos en la Unidad de Cuidados Intensivos o en las Áreas Críticas de Aislamiento Respiratorio determinadas en el Plan de Contingencia del Establecimiento de Salud, que en ambos casos estará a cargo del médico Intensivista o médico especialista capacitado en Ventilación Mecánica (solo cuando no esté

disponible un especialista en medicina intensiva) quien conducirá al equipo asistencial profesional en todo el proceso de atención.

a. Características de las Áreas Críticas

Estas áreas de atención deberán contar mínimamente con lo siguiente:

- . Abastecimiento de oxígeno suplementario.
- . De ser necesario aire comprimido y presión negativa para aspiración.
- . Lavabos e insumos para lavado de manos clínico (papel toalla, jabón).
- . Desinfectante con solución de clorhexidina y alcohol gel.
- . Equipos de protección personal (EPP) individualizados.
- . Área para eliminación de material y ropa contaminada.

b. Atención propiamente dicha.

Además de los pasos considerados en la atención del paciente adulto en sala de hospitalización, se deberá considerar intubación orotraqueal y conexión a Ventilación Mecánica si el paciente presenta:

- . Neumonía grave por virus de Influenza que cursa con Insuficiencia Respiratoria, sin criterios de mejoría, que fracasa en mantener una saturación de O₂ mayor de 90 % con FiO₂ mayor de 60%.
- . Acidosis respiratoria (pH < 7,35 con pCO₂ > 45 mmHg, o PCO₂ normal o baja pero en ascenso si se asocia acidosis metabólica)
- . Presencia de Shock (hipotensión asociada a mala perfusión tisular)

Recomendaciones para la Ventilación Mecánica en el paciente adulto

El proceso de atención de pacientes portadores de Infección respiratoria por Influenza con requerimiento de soporte ventilatorio se efectuará siguiendo el flujograma de atención (ver anexo 1)

A. ESTRATEGIAS VENTILATORIAS (VENTILACIÓN MECÁNICA)

a.1 Estrategia inicial de Ventilación Mecánica en Insuficiencia Respiratoria Aguda por virus de Influenza en pacientes adultos

a. 1.1. Objetivos fisiológicos:

- . Alcanzar SaO₂ > 85% con FiO₂ igual o < 65%
- . Lograr presión plateau < 30 cm H₂O
- . Llevar la diferencia entre Plateau y PEEP a < 20 (idealmente < 15)

. Lograr hipercápnea permisiva ($\text{PaCO}_2 > 60$ mmHg, con pH igual o mayor a 7.10).

. Paciente hemodinámicamente compensado

a.1.2. Parámetros iniciales de ventilación mecánica:

. Modo: Ventilación Controlada por Volumen (VCV)

. VT 6-8 ml/Kg peso ideal*

. Fi O₂: 100%

. FR: 10 – 35/ min

. Flujo: 40 - 60 lpm

. Radio I:E: 1:1 a 1:3

a.1.3. Parámetros en pacientes con SDRA ($\text{PaO}_2/\text{FioO}_2 < 200$)

. Modo: Ventilación Controlada por Presión (PCV)

. Presión inspiratoria para obtener VT: 6 ml/Kg peso ideal*

. Modificar el PEEP y FiO₂ según Protocolo del Acute Respiratory Distress Syndrome ARDS net

FiO ₂	0.3	0.4	0.4	0.5	0.5	0.6	0.7	0.7	0.7	0.8	0.9	0.9	0.9	1.0	1.0	1.0	1.0
PEEP	5	5	8	8	10	10	10	12	14	14	14	16	18	18	20	22	24

ARDS Net N Engl J Med 2000; 342:1301-8

. PEEP y FiO₂ según Protocolo del ARDS net hasta un PEEP máximo de 15 cm H₂O

. De no alcanzar los objetivos fisiológicos con PEEP de 15 cm H₂O evaluar el uso de estrategias no convencionales.

. FR: 10-35/min.

. Radio I:E de 1:1 a 1:3

a.2. Estrategias de Ventilación Mecánica no convencional en pacientes con Insuficiencia Respiratoria Aguda por virus de Influenza que evolucionan a Síndrome de Distress Respiratorio Agudo (SDRA)

. Se consideran estrategias NO CONVENCIONALES de Ventilación Mecánica en SDRA a las siguientes:

* Maniobras de Reclutamiento Alveolar (MRA),

* Ventilación Mecánica en Posición Prona.

* Ventilación de Alta Frecuencia Oscilatoria (VAFO)

* Oxigenación con Membrana Extracorpórea (ECMO)

. Estas maniobras deberán ser realizadas en los establecimientos que cuentan con personal entrenado y con experiencia en dichas técnicas.

. De utilizarse estrategias no convencionales y siendo esta entidad clínica nueva es necesario llevar un monitoreo hemodinámico, oxigenatorio y ventilatorio; antes, durante y posterior a las maniobras.

Otras medidas de soporte

Todo paciente que este con Ventilación Mecánica requiere además las siguientes medidas:

a. Soporte Hemodinámico:

. Idealmente, el soporte hemodinámico debe ser guiado por monitoreo a través de un Catéter Venoso Central.

. Manejo conservador de fluidos, evitando en lo posible la sobrehidratación. Es razonable el límite de una PVC en valor normal bajo, la cual varía de acuerdo a la edad del paciente.

. Restringir la transfusión de glóbulos rojos en la mayoría de pacientes con SDRA, a menos que su Hb caiga a menos de 10 g%.

. El uso de inotrópicos estará reservado para aquellos pacientes con SDRA y evidencia de gasto cardiaco bajo.

b. Sedación-analgesia- miorelajación:

. Sugerimos sedación-analgesia inicial con benzodiazepina en infusión endovenosa más opioide en infusión endovenosa a dosis titulable para mantener una adecuada sincronía paciente-ventilador y evitar barotrauma.

. Si no es posible conseguir adecuada sincronía paciente-ventilador, se pueden usar miorelajantes no despolarizantes preferiblemente en bolos endovenoso en la menor de dosis posible a fin de prevenir el riesgo de miopatía y la prolongación de la Ventilación Mecánica.

c. Uso de esteroides

El uso de esteroides sistémicos en la prevención o tratamiento del SDRA no ha demostrado reducir la mortalidad en SDRA.

d. Tratamiento antiviral y antimicrobiano de casos con Influenza

OSELTAMIVIR		
GRUPO	Tratamiento	
Adultos	75-150 mg VO/SNG cada 12 horas por 10 a 14 días	
CEFTRIAXONA + CLARITROMICINA		
Antimicrobiano	DOSIS	VÍA
Ceftriaxona	1gr. Cada 12 horas	Intravenosa
Claritromicina	500 mg cada 12 horas	Oral/SNG
FLUOROQUINOLONA		
Dosis		Vía
Levofloxacin 500 mg cada 24 horas x 5 días ó Moxifloxacin 400 mg cada 24 horas x 5 días		Intravenosa

Criterios de mejoría de Insuficiencia Respiratoria Aguda por virus de Influenza en el paciente adulto

- . Frecuencia respiratoria < 30/minuto
- . Desaparición de los signos clínicos de aumento del trabajo respiratorio
- . Mejoría del estado de conciencia (alerta)
- . Estabilización hemodinámica
- . Mejoría del PaO₂/FiO₂ y/o PaCO₂ < 45mmHg intravenosa

MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD Y DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN EL PERSONAL DE SALUD DE ÁREAS CRÍTICAS:

1. Aislamiento Respiratorio de Cohortes de los casos probables o confirmados de IRAG por virus de Influenza que requieren ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos o en el Área crítica determinada en el Plan de Contingencia del Establecimiento.

2. De no ser posible proceder al aislamiento en cohorte debe mantenerse una separación de 1.80 mts entre camas.
3. Uso obligatorio de Equipo de Protección Personal (EPP) completo. El personal de salud deberá utilizar las medidas de protección respiratoria, las medidas de precaución estándar y utilización del equipo de protección personal de acuerdo a la Guía Técnica: "Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de Influenza por virus A H1N1", aprobada con Resolución Ministerial No. 326-2009/MINSA, no requiriendo quimioprofilaxis.
4. Uso obligatorio de sistema cerrado descartable de aspiración de secreciones, el que sólo será cambiado por contaminación grosera o daño.
5. Uso obligatorio de circuitos respiratorios descartables (corrugados) y humidificadores pasivos del tipo Intercambiadores calor-humedad (HME, Heat Measure Exchange). No es necesario el cambio programado de los corrugados, por lo que se pueden usar durante todo el tiempo que el paciente se encuentre en ventilación mecánica. No es necesario el uso de HME con filtros bacterianos y se pueden cambiar cada 72 horas.
6. Uso obligatorio de filtros bacterianos/virales de alta eficiencia (>99.999%) entre el circuito espiratorio y la válvula espiratoria del ventilador.
7. Evitar la ventilación manual con bolsa de resucitación (AMBÚ) por ser un procedimiento de alto riesgo, inclusive para transporte.
8. Evitar el trasladado del paciente fuera de la UCI. De ser absolutamente necesario, usar ventilador de transporte con filtro espiratorio para el traslado de los pacientes a otras áreas del hospital y para su admisión a la UCI (incluyendo áreas críticas de aislamiento respiratorio), si es que ha sido previamente intubado.
9. Evitar la realización de Broncoscopia por ser un procedimiento de alto riesgo. (12)

CUIDADO INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA GRAVE POR INFLUENZA:

La Enfermería hoy en día es una disciplina que se caracteriza por realizar una ardua labor en el cuidado del paciente; en su evolución ha pugnado por fortalecer la integración y desarrollo de sus principios y fundamentos reunidos en diversas teorías y modelos como la Teoría del Entorno de Florence Nightingale y el Modelo de Adaptación de Callista Roy, quienes destacaron la importancia de considerar las condiciones del entorno en el que se ubica la persona; Virginia Henderson y Dorotea Orem por su parte, postularon la realización de un plan de cuidados basado en la identificación de necesidades de Maslow y necesidades asociadas al déficit de autocuidado respectivamente; Doroty Johnson con el Modelo de Sistemas Conductuales y Marjory Gordon con los 11 Patrones Funcionales, privilegian la identificación de los factores que afectan el desarrollo y el funcionamiento en beneficio de la vida, la salud y el bienestar de la persona. Dichas teorías y modelos han contribuido de manera significativa a estructurar una tendencia holística en la realización de intervenciones de Enfermería. (13)

Si bien las teorías de enfermería se inician desde el año 1860, aún existe una gran brecha entre la teoría y la práctica asistencial, una escasa utilización del proceso de enfermería, diferentes métodos para realizar el diagnóstico de enfermería y un lenguaje poco universal entre los profesionales. Los modelos teóricos son una herramienta útil para el razonamiento, el pensamiento crítico y la toma de decisiones, y además apoyan a los profesionales en el control de la información necesaria y a la organización de las actividades. (14)

Una forma de aplicar los modelos teóricos a la práctica asistencial es en el proceso de enfermería; ya que, proporciona un método lógico y racional a través del cual los/as enfermeros/as pueden organizar la información, considerando la importancia de otorgar una atención adecuada, eficiente y eficaz. (15) Sin embargo, en la práctica clínica los/as enfermeros/as

perciben algunas barreras para utilizar el proceso de enfermería, como la sobrecarga laboral, la falta de recursos y de conocimiento. (16)

Para que la cuantificación de la carga laboral de enfermería sea real, las actividades deben estar registradas en el plan de enfermería y contextualizadas en algún modelo teórico de la disciplina, dado que el diagnóstico médico no siempre explica las cargas de trabajo. (17) Considerando además que Emergencia es un servicio especialmente complejo debido al nivel de dependencia de los pacientes y al trabajo paralelo con sus familias.

Al realizar un análisis comparativo entre las teorías antes mencionadas se consideró emplear la teoría de Virginia Henderson, considerada una filosofía de enfermería, porque propone que los cuidados de enfermería deben centrarse en las necesidades de las personas sanas o enfermas, en la familia o en la comunidad, utilizando un método sistemático de trabajo como el proceso de enfermería. (18) Para ella, las 14 necesidades básicas humanas orientarán las 5 fases del proceso.

Henderson en su teoría, refleja que todas las personas tienen capacidades y recursos para lograr la independencia y la satisfacción de las 14 necesidades básicas, a fin de mantener su salud. Sin embargo, cuando dichas capacidades y recursos disminuyen parcial o totalmente, aparece una dependencia que se relaciona con tres causas de dificultad: falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad, las cuales deben ser valoradas para la planificación de intervenciones durante la hospitalización. (19)

La cristalización de sus ideas se concreta en el libro, Principios básicos de los Cuidados de Enfermería, editado en 1971 por el Consejo Internacional de Enfermería de Ginebra. «La función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos a la hora de su muerte), actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos

necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esta misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible.» (20)

El cuidar es el núcleo de la profesión de enfermería; no obstante, analizando el contexto social y sanitario actual, debemos llevar a cabo un esfuerzo consciente para preservarlo dentro de nuestra práctica, de la formación, la investigación y de la gestión de los cuidados.

El modelo de Henderson abarca los términos Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística.

a. Salud: Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Es la independencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales:

a.1.- Respirar con normalidad: Captar oxígeno y eliminar gas carbónico.

a.2.- Comer y beber adecuadamente: Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.

a.3.- Eliminar los desechos del organismo: Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.

a.4.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada: Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.

a.5.- Descansar y dormir: Mantener un modo de vida regular, respetando la cantidad de horas de sueño mínimas en un día.

a.6.- Seleccionar vestimenta adecuada: Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.

a.7.- Mantener la temperatura corporal: Regular la alimentación de acuerdo a la estación establecida, como también hacer una correcta elección de la vestimenta de acuerdo a la temperatura ambiental.

a.8.- Mantener la higiene corporal: Regular la higiene propia mediante medidas básicas como baños diarios, lavarse las manos, etc.

a.9.- Evitar los peligros del entorno: Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

a.10.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones: Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras.

a.11.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión: Mantener nuestra fe de acuerdo a cual sea la religión sin distinciones por parte del plantel enfermero.

a.12.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado: Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo

a.13.- Participar en todas las formas de recreación y ocio: Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

a.14.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud: Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos (APRENDER)

b. Cuidado: Está dirigido a suplir los déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

c. Entorno: Factores externos que tienen un efecto positivo o negativo de la persona. El entorno es de naturaleza dinámica. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

d. Persona: como un ser constituido por los componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio. Estos componentes son indivisible y por lo tanto la persona se dice que es un ser integral.

Ella planteó que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad.

Virginia establece tres tipos de niveles en la relación que establece el enfermero/a con el paciente en el proceso de cuidar:

1. Nivel sustitución: la enfermera sustituye totalmente al paciente.
2. Nivel de ayuda: la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.
3. Nivel de acompañamiento: la enfermera permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía. (21)

2.3. Definición de términos

2.3.1 Áreas críticas

Comprende las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), Unidades de Cuidados Intermedios, Sala de Operaciones y Servicio de Emergencia u otra área del hospital destinada a brindar soporte vital activo a los pacientes del establecimiento de salud. (12)

2.3.2 Área Crítica de Aislamiento (Respiratorio)

Es el área del hospital destinada para brindar soporte vital activo a los pacientes con Infección Respiratoria Aguda con sospecha de Influenza según el Plan de Contingencia para la Pandemia de Influenza del establecimiento de salud. (12)

2.3.3 Influenza

Enfermedad infecciosa aguda, causada por el virus de la Influenza que se transmite de humano a humano a través del contacto directo o indirecto con personas infectadas o sus secreciones respiratorias y que tiene una gran variabilidad clínica, desde casos asintomáticos, hasta graves y fatales. (12)

2.3.4 Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA)

Grave alteración en el intercambio gaseoso pulmonar debido a problemas en cualquiera de los componentes del sistema respiratorio, que se traduce en hipoxemia con o sin hipercápnea. (12)

2.3.5 Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA)

Es una Insuficiencia Respiratoria grave debida a edema pulmonar no hemodinámico causado por aumento de la permeabilidad de la barrera alvéolo - capilar y secundario a daño pulmonar agudo. (12)

2.3.6 Ventilación Mecánica

Método de soporte vital ampliamente utilizado en situaciones clínicas de deterioro de la función respiratoria, de origen intra o extrapulmonar. Debe ser aplicado en las Unidades de Cuidados. (12)

2.3.7. Cuidado: Asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo. (22)

2.3.8. Enfermería: Atención y vigilancia del estado de un enfermo. La Enfermería es tanto dicha actividad como la profesión que implica realizar estas tareas y el lugar físico en el que se llevan a cabo. (22)

2.3.9. Cuidado de Enfermería: Atenciones que un Enfermero debe dedicar a su paciente. Sus características dependerán del estado y la gravedad del sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente. (22)

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

Para la realización del presente informe de Experiencia Laboral, se usó la técnica de revisión documentaria, de los cuales se recabaron datos coherentes a la temática en estudio.

Las acciones desarrolladas fueron:

. Autorización: Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura del Servicio, a fin de tener acceso a los registros anteriores e historias clínicas.

. Recolección de Datos: Se revisó las Guías de Atención en pacientes con Influenza por el MINSA, libro de atenciones en Tópico de Medicina, Historias Clínicas, y datos estadísticos de la Oficina de Epidemiología.

. Procesamiento de Datos: Una vez obtenida la información se priorizó los datos importantes para el desarrollo del presente Informe, se analizó e interpretó datos estadísticos en Influenza.

. Resultados: Los datos relevantes fueron plasmados en el Informe, los datos estadísticos fueron plasmados en gráficos con su respectivo análisis.

3.2. Experiencia profesional

Yo, Patricia Pilar Dámaso Rivera, Lic. Enfermería, laboré en el Tópico de Urgencia y Emergencia del Centro de Atención Primaria Chulucanas del año 2012 al 2015, cuya misión era brindar atención rápida y oportuna con calidad y calidez al usuario; y si necesitaba ser referido a Hospital III José Cayetano Heredia, realizaba la coordinación para su atención en dicho nosocomio. La experiencia obtenida en dicho Centro fue muy forjadora en mi formación Profesional, ya que fui Jefa Encargada de dicho Servicio desde su inicio, logrando que la población asegurada se identifique con la Institución, y las urgencias sean atendidas de inmediato, evitando así una

posible mortalidad por una atención no inmediata o el no traslado del usuario a un centro de mayor complejidad.

Dentro de mis funciones fueron:

Fase de valoración: El paciente puede estar o no valorado por el sistema de clasificación de pacientes. Mi función como coordinadora fue registrar al paciente, priorizar la urgencia, asignar espacio asistencial, especialista y enfermera, contactar con la familia en caso de que el equipo requiera información adicional o que el paciente presente dificultades de comunicación. Asimismo, en caso necesario contactar con la trabajadora social.

Fase de diagnóstico: Redistribuir espacios, coordinar exploraciones complementarias, gestionar traslados, contactar con especialistas para interconsultas e informar a los familiares. Asimismo, prestar apoyo al equipo enfermero en cualquier tarea que le soliciten, pero sin responsabilizarme del plan de cuidados de ningún paciente en concreto.

Fases de planificación y ejecución: Colaborar, si es necesario, en la prestación de cuidados enfermeros y con el profesional médico administrando algún tratamiento, realizando alguna técnica o exploración. Además como tareas propias, gestionar cambios de áreas que contribuyen a rentabilizar el espacio de primera asistencia y también registrar sus propias actividades y valorar la información recibida por el paciente y las familias.

Fase de evaluación: Valorar mediante la relación con el paciente la efectividad de los cuidados, de los tratamientos y la información que ha recibido sobre la detección o resolución de su problema principal. Evalúa la efectividad de la educación sanitaria que reciben al alta o colabora con el equipo en su transmisión. Gestionar traslados, transporte sanitario, altas, ingresos y contacta con otras áreas.

Posteriormente en septiembre del año 2015, me propusieron la rotación al Servicio de Emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud, el cual acepté por ser una Institución de Referencia, de complejidad mayor, y la oportunidad para crecer profesionalmente. Actualmente, tengo 1 año 8 meses en dicho nosocomio, realizando funciones de Enfermera

Asistencial; cada turno es aprendizaje y experiencias vividas con pacientes de diferentes patologías en urgencias y emergencias.

Dentro de mis funciones como Enfermera Asistencial son:

- . Cuidar al paciente y a familias de una forma holística, valorando, priorizando e interviniendo sobre las necesidades más prioritarias en cada momento.
- . Colaborar con el equipo asistencial en la resolución de problemas de salud.
- . Velar por los derechos de los usuarios y sus familias.

Para desempeñar estas funciones, se desarrolla múltiples tareas. Entre las más relevantes se hallan:

- . Recibir, acoger, clasificar, registrar e identificar al usuario.
- . Proporcionar información al paciente sobre la espera y lo que se derive de su atención en emergencias.
- . Proporcionar y garantizar comodidad y seguridad a sus pacientes.
- . Registrar los cuidados y actividades en los registros de Urgencias y Emergencias.
- . Valorar integralmente al paciente desde la vertiente biopsicosocial: estado hemodinámico y de los aparatos respiratorio, neurológico, gastrointestinal, renal y la eliminación; observación de piel y mucosas; valoración del estado de consciencia, nivel cognitivo, de relación, y si viene con acompañantes.
- . Intervenir directamente mediante realización de técnicas para asegurar la estabilidad o la recuperación del paciente: RPC, curas, sondajes, venoclisis, administración de medicamentos y vacunas, oxigenoterapia, etc.
- . Colaborar con el médico en las exploraciones complementarias: recogida de muestras, realización de ECG, etc.
- . Proporcionar información al paciente y a sus familiares.
- . Realizar educación sanitaria en el momento de dar el alta.

Prestar cuidados, atender y suplir las necesidades básicas del paciente

El Servicio de Emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia brinda atención rápida, integral, oportuna y eficaz con una base científica al

paciente adulto, pediátrico y gestante, que ingresa a las diversas áreas de emergencia.

Según organigrama Funcional se tiene: Jefe de Departamento, Jefe de Servicio, Coordinadora de Enfermería, Enfermeras Especialistas y Generales.

Se cuenta con equipos e insumos de acorde a la realidad de nuestra región y tecnología; necesarios para renovar, fomentar, recuperar la salud y cuando ya es evidente la no recuperación del paciente se ofrece una muerte digna.

Se ubica en el primer piso, con una infraestructura de cemento de diez ambientes:

1. Área de Dirección y Secretaria
2. Consultorio de Atención Inmediata
3. Tópico de Medicina
4. Tópico de Cirugía
5. Área de Reposo I
6. Área de Reposo II
7. Área de Unidad de Cuidados Especiales UCE.
8. Área de Emergencia Pediátrica
9. Área de Gineco Obstetricia
10. Unidad de Dengue

Cuenta con Recursos Humanos capacitados como son: 41 enfermeras, 33 técnicos de enfermería, 31 médicos, 15 residentes, 20 internos de medicina, 10 internos de enfermería y 10 internos de Obstetricia distribuidos en las diferentes áreas.

Las prestaciones de atención se engloban al paciente adulto desde los 14 años hasta los 65 a más, que cuenten con un seguro de EsSalud, también se brinda atención al paciente no asegurado, o asegurado por SIS, pacientes referidos de hospitales de EsSalud, MINSA, FAP, FOSPOLI, SOAT (por convenios) y clínicas particulares.

Esta afluencia alta de pacientes en promedio de 300 atenciones diarias, hace que la capacidad de nuestro servicio no cubra esta demanda, según estadísticas indican que la demanda va incrementándose y es así que

tenemos un servicio colapsado con pacientes en pasillos, en sillas de ruedas y sillas, camillas no adecuadas, condiciones no favorables; incrementando la insatisfacción del usuario y el equipo de salud que no se abastece para brindar una atención de calidad, sumado a esto la falta de insumos, equipos y mobiliarios.

El año pasado frente al brote de Influenza se abrió una Unidad para Pacientes con Influenza con grado de dependencia I y II. Los de grado III fueron internados en servicio de reposo I, junto a pacientes con otras patologías. Y los pacientes de grado IV a UCE a espera de la evaluación de especialistas del servicio UCI, pero por alta demanda de pacientes no llegaba a admitirse a dicho servicio, aumentando el riesgo de transmisión cruzada. No se contaba con Flujograma de Atención a pacientes con Insuficiencia Respiratoria por Influenza.

El uso de barreras de Bioseguridad es en un 70%, por todo el personal de salud y de apoyo, sea por desconocimiento, falta de responsabilidad o por escasez de material que la institución provee. La técnica de lavado de manos no se cumple a cabalidad, por falta de compromiso de personal.

El Servicio de Enfermería trabaja con un enfoque holístico, ya que no solo se ve la parte física que aqueja a la persona sino también sus aspectos psicosocial y espiritual, en relación con su familia y entorno.

Teniendo como Visión: Nuestra visión como enfermeros es ser líderes en la prestación de servicio de salud con calidad y calidez a pacientes en situación de emergencia, transformar nuestro estilo de trabajo y dar a conocer un excelente profesionalismo impulsando la implementación de valores humanos con los pacientes, y sus familiares de tal manera que sientan la satisfacción de sentirse atendidos dignamente y encuentren las expectativas que la institución les debe garantizar.

Y nuestra Misión:

El servicio de enfermería en el área de emergencia del hospital III José Cayetano Heredia – EsSalud tiene como misión brindar la primera atención especializada con calidad y calidez al paciente, familia y comunidad de la región Grau de la manera dinámica y continua, mediante

acciones e intervenciones preventivo promocionales, recuperativas y/o rehabilitación aplicando técnicas y exámenes de diagnósticos que garanticen el mayor beneficio al menor costo así como la satisfacción plena de las necesidades del usuario.

Trabajamos bajo nuestra misión y visión, muchas veces suplimos la labor de Familia, siendo empáticos con ellos, brindando una atención con calidez. Ante el brote de Influenza, nuestro Servicio se organizó y junto con directivos de EsSalud se hizo un Plan de Contingencia con el objetivo de prevenir su transmisión.

3.3. Procesos realizados en el tema del informe

Durante los cuatro años y ocho meses de experiencia en el servicio de emergencia he podido observar la alta afluencia de pacientes con enfermedades en su mayoría con Infecciones Respiratorias. El año pasado entre los meses de marzo y abril se observó un brote de influenza. El personal Médico y No Médico en su mayoría no conocía el Protocolo de Atención. No hacía uso de medidas de Bioseguridad durante la atención a pacientes críticos. Asimismo, se observó la falta de interés del personal de enfermería por capacitarse, a pesar que en el servicio de emergencia en repetidas ocasiones nos brindan capacitaciones como cursos y talleres, no acuden.

El caso que me impacto y recordaré fue el paciente JJF, varón de 65 años, padre de una colega que labora en el Servicio, que hace 10 días había estado en Lima, ingresa al Servicio de Emergencia del Hospital, con diagnóstico de Insuficiencia Respiratoria tipo 1, antecedente de Hipertensión, obeso mórbido, Glasgow de 15 puntos. Días antes su clínica de comienzo fue pseudogripal de 4 días de evolución con cefalea, artromialgias, tos no productiva, siendo valorado en Consultorio y tratado sintomáticamente con antiinflamatorios no esteroideos y paracetamol. A las 48 horas, comenzó con fiebre y disnea. Ante el empeoramiento clínico y la aparición de disnea en reposo acude al servicio de Tópico de Medicina. La exploración presentaba una constitución obesa con un IMC 41 kg/m², frecuencia respiratoria de 30 resp./minuto y auscultación

pulmonar con presencia de estertores, crepitantes en ambos hemitórax. La tensión arterial: 145/80 mmHg y la frecuencia cardiaca de 100 lpm. El abdomen globuloso, no doloroso y las extremidades inferiores sin anomalías. Laboratorio. Hemograma: Hb: 11 g/dl, Hto: 31, leucocitos: 5.680 células/mm³, plaquetas: 175.000 células. Bioquímica con función hepática y renal: normal. Gasometría arterial basal (FiO₂: 0,21): PaO₂: 44 mmHg, PaCO₂: 40 mmHg, PaO₂/FiO₂ = 209. La radiografía de tórax (Rx) demostró una afectación pulmonar en ambos hemitórax con un patrón mixto alveolo-intersticial en lóbulo superior izquierdo y lóbulos superior, medio e inferior derecho. A las 24 horas del ingreso hospitalario el paciente presentó un empeoramiento clínico, gasométrico y radiológico con afectación pulmonar bilateral, precisando de intubación orotraqueal y ventilación mecánica invasiva. La determinación de la PCR en muestra de exudado nasal y faríngeo para virus influenza H1N1 fue positiva. Recibiendo tratamiento antibiótico con levofloxacino: 500 mg i.v. /24 horas, ceftriaxona: 2 g/24 h y oseltamivir: 150 mg/12 horas y corticoides i.v. El paciente presentó mal pronóstico desde su ingreso, falleciendo a los 7 días.

Este caso me permitió reconocer la importancia de nuestros cuidados integrales de enfermería de forma eficaz y oportuna, haciendo uso de nuestros conocimientos para poder valorar y elaborar nuestro Plan de Cuidados. Siguiendo los Protocolos de Atención en este grupo de pacientes por Influenza.

La experiencia laboral y el método científico nos permiten elaborar un plan de cuidados basado en evidencias, las que nos conducirán a mejores resultados en la recuperación del paciente. El Plan de Cuidados Estandarizado es un instrumento que facilita y optimiza la labor asistencial de la enfermera, ofreciendo al paciente la calidad en el servicio y la unidad en la práctica clínica, mejora la comunicación entre los profesionales y paciente, fortalece la formación para el desarrollo profesional y facilita la aplicación del proceso de atención de enfermería (PAE).

Por todo ello, describo mi experiencia profesional como aporte para los futuros profesionales. Una atención rápida y adecuada precozmente a estos pacientes, mejora en forma significativa el pronóstico final del paciente

INNOVACIONES

Ante la experiencia vivida se trabajó con el objetivo de cambiar, mejorar y disminuir riesgos de transmisión cruzada por influenza.

- En nuestro Plan de Capacitación se incluyó temas de Bioseguridad que se expusieron con éxito, las cuales fueron incluidos también en los cursos que realizó el servicio de emergencia.
- Como Alumno de la Especialidad en el Presente Informe se realizó un Proceso de Atención de Enfermería en este tipo de patología. Esperando sirva en el futuro como apoyo bibliográfico para la Comunidad Estudiantil.
- Estimular la creencia de que Enfermería como disciplina se define y diferencia de otras disciplinas por los marcos teóricos y conceptuales que utiliza para cualificar y adquirir su autonomía profesional.

APORTES

El presente trabajo de Experiencia Profesional busca:

- Mejorar los cuidados de enfermería a pacientes con Insuficiencia Respiratoria Aguda Grave por Influenza en el servicio de emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia de Piura. Identificando las principales limitaciones del personal de enfermería para ofrecer cuidados de calidad.
- Fomentar la investigación en los profesionales de enfermería con respecto al cuidado del paciente por Influenza en el servicio de emergencia.
- Incrementar las bases científicas para un cuidado integral del paciente con Insuficiencia Respiratoria Aguda Grave por Influenza en el servicio de Emergencia.
- Fomentar planes de trabajo y programas educativos de Enfermería que permitan dar una mejor atención integral al paciente por Influenza.

- Implementar una Guía Administrativa y Operativa para enfrentar casos de Epidemias y pandemias de gran escala, pues al disponer de estos instrumentos de orientación, estamos preparados para futuras acciones y controlar con eficiencia los efectos de estas enfermedades masivas.
- Concientizar al Personal de Salud en el uso de Equipo de Protección Personal.
- Continuar fortaleciendo el desarrollo de la ciencia de Enfermería para proyectar enfermeras autónomas, capaces de tomar decisiones y fortalecer la autonomía profesional. Para ello es imprescindible que la enfermera(o) adquiera una postura de igualdad, basada en las competencias profesionales, y confianza en sí misma para fortalecer su identidad a partir de sus propios logros.

LIMITACIONES:

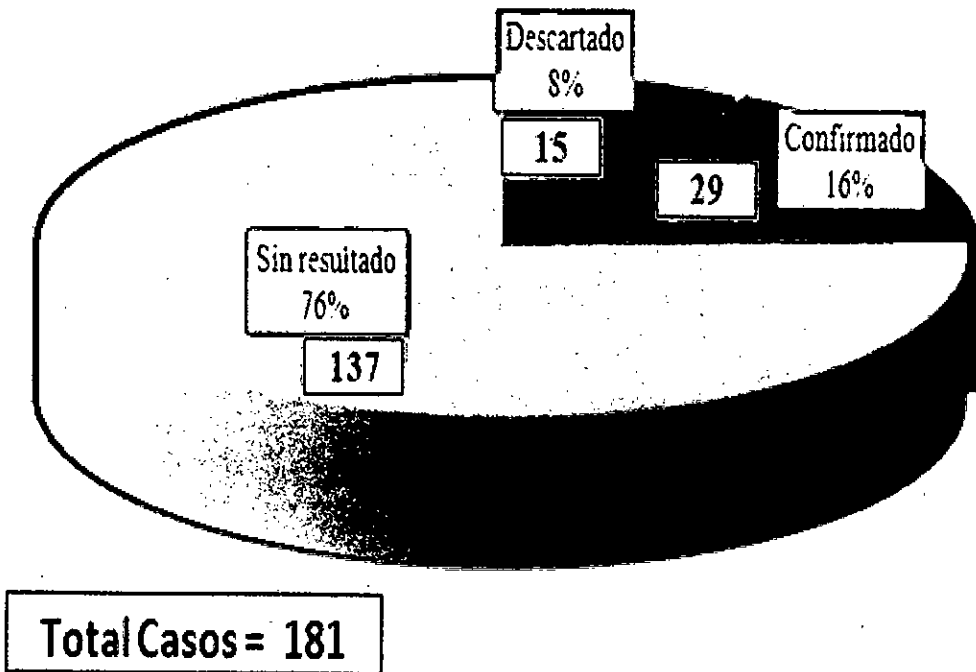
- Falta de Capacitación, afecta como barrera profesional al personal de Enfermería. El conocimiento es la principal herramienta con que se cuenta para mayor independencia y autonomía. Mientras menos se sabe y aprende, más dependiente se es.
- El no uso del Proceso de Atención de Enfermería, como barrera que afecta a los enfermeros, por no ser considerado como determinante para el ejercicio autónomo.
- El cuidar es el núcleo de la profesión de Enfermería, se ve afectada por la sobrecarga laboral debido a la demanda de usuarios en el Servicio de Emergencia.
- Bajo nivel de conocimiento de familiares y pacientes no permite que se logre la participación activa en los cuidados de pacientes con Insuficiencia Respiratoria Aguda.
- Uso inadecuado del Equipo de protección por el Personal de Salud.
- Ambiente improvisado por brote de Influenza, solo para pacientes con dependencia I y II. Pacientes con grado III y IV, pasaban a la unidad de UCE junto a pacientes con otra patología.

IV. RESULTADOS:

GRÁFICO 4.1



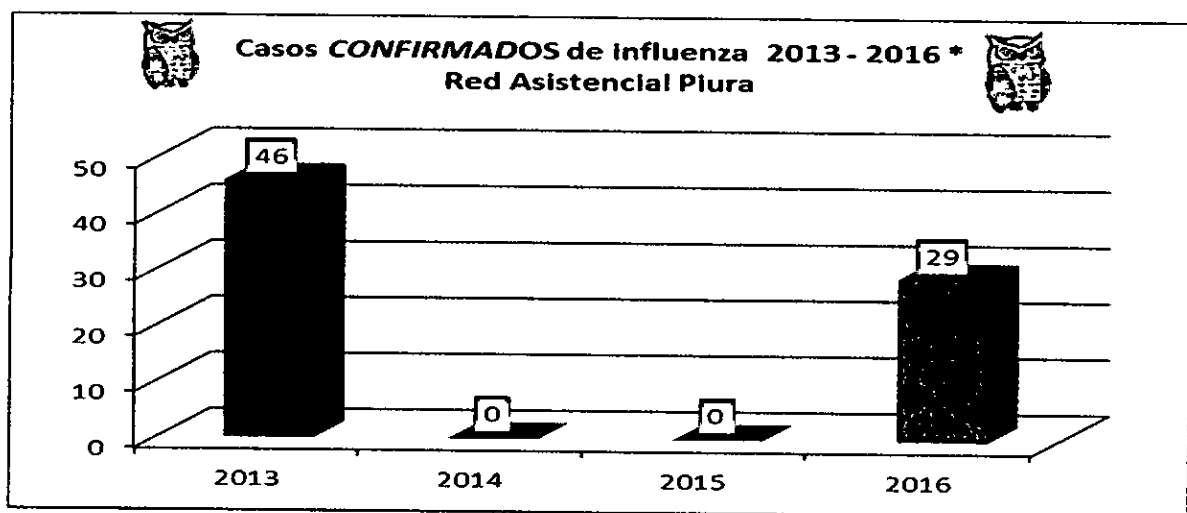
Síndrome *Gripal e IRAG* Notificados,
Segun resultado virológico a Influenza - Red Asistencial Piura 2016*



Fuente: División de Inteligencia Sanitaria - RAPI * Hasta SE N° 15 - Avance al 12-04-2016.

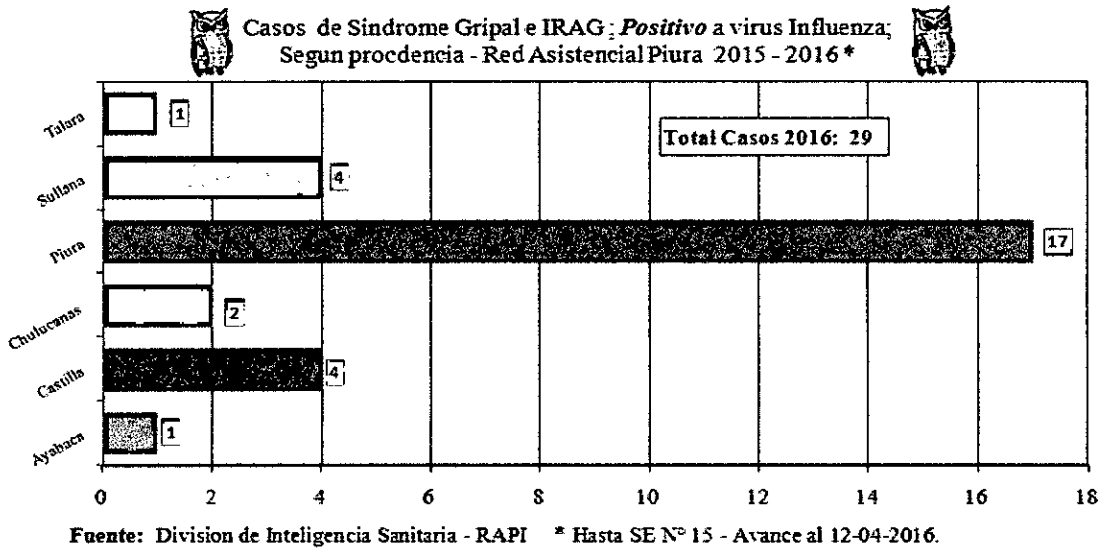
Comentario: En el cuadro podemos observar que el total de casos notificados por IRAG Inusitado y Síndrome Gripal es 181, de los cuales 137 que representa el 76% no tiene resultado, esto puede deberse a la no toma de muestra de hisopado faríngeo ó resultados pendientes por LARESA, 29 casos tienen resultado positivo a virus Influenza, el cual representa el 16%.

GRÁFICO 4.2



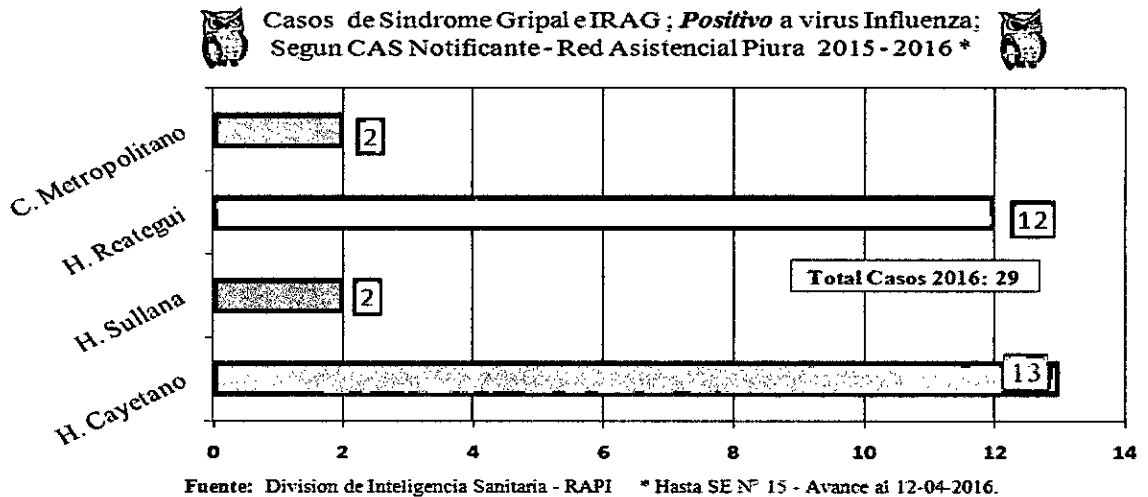
Comentario: En el año 2009 se presentó la Pandemia por Influenza. Perú no fue exento, Piura como departamento notifico 465 casos confirmados por esta patología. Los directivos de Essalud, MINSA, Gobierno Local, se organizaron con el fin de implementar estrategias para su prevención, atención rápida y oportuna de casos de IRAG y el Plan de Contingencia con el fin de Normar las actividades de preparación y respuesta intra e intersectorial frente a Pandemia de Influenza AH1N1. Los tres años posteriores no se registraron casos positivos llamándose a esto Silencio Epidemiológico. Pero el año 2013 se notificó 46 casos. Haciendo frente, se volvió a capacitar al Personal, brindado las medidas de bioseguridad para evitar la transmisión cruzada. El año 2014 y 2015 se observa silencio epidemiológico. Pero el año 2016 hasta la semana 15 ya se habían notificado 29 casos confirmados denominándose brote epidemiológico por Influenza. Frente a ello la Red Asistencial Piura se organizó volviendo a dar énfasis al Plan de Contingencia, brindando capacitación al Personal, y vacunación contra Influenza al Personal administrativo y asistencial.

GRÁFICO 4.3



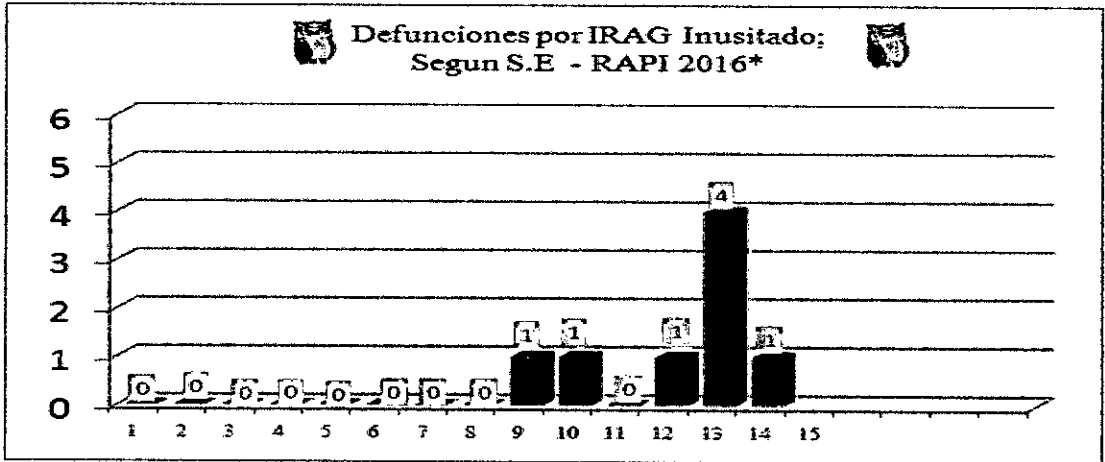
Comentario: Según lugar de procedencia 17 casos pertenecen al Distrito Piura, seguido de 4 casos en Sullana y 4 al distrito de Castilla. Frente a ello se brindó Capacitación en medidas de Bioseguridad a nivel de toda la Red Piura.

GRÁFICO 4.4



Comentario: El CAS que notificó casos de Síndrome Gripal e IRAG Positivo a Virus de Influenza en la Red Asistencial Piura fue el Hospital Cayetano Heredia representando el 44.8% del total.

GRÁFICO NO. 4.5



Fuente: División de Inteligencia Sanitaria - RAPI * Hasta SE N° 15 - Avance al 12-04-2016.

Comentario: Las defunciones por IRAG Inusitado hasta la semana 15 del año 2016 fueron 8, representando el 27% del total de casos. De ellos tres tuvieron como resultado positivo a Influenza por AH1N1 representando el 10.3% del total de casos de Influenza.

CUADRO 4.1.

N°	Fecha defuncion	Fecha inicio de sintomas	CAS donde Fallecio	Asegdo	S.E N°	Localidad de	Edad en Años	Sexo	Prueba para Influenza.
1	16 Mär 2016	Sin dato	Hospital III Cayetano	SI	10	Miraflores	37	M	POSITIVO
2	22 Mär 2016	Sin dato	Hospital III Cayetano	SI	12	PAITA	55	F	Sin dato
3	27 Mär 2016	sin dato	Hospital III Cayetano	SI	13	Sin dato	48	M	Sin dato
4	27 Mär 2016	sin dato	Hospital III Cayetano	SI	13	PIURA	57	M	Sin dato
5	28 Mär 2016	sin dato	Hospital III Cayetano	SI	13	TALARA	35	M	Sin dato
6	29 Mär 2016	sin dato	Hospital III Cayetano	SI	9	Ayabaca	26	F	Sin dato
7	31 Mär 2016	28 Mär 2016	Hospital III Cayetano	SI	13	Sullana	39	M	POSITIVO
8	11 Apr 2016	13 Mär 2016	Hospital III Cayetano	SI	14	PIURA	25	F	POSITIVO

Fuente: División de Inteligencia Sanitaria - RAPI * Hasta SE N° 15 - Avance al 12-04-2016

Comentario: Del total de fallecidos 3 son pacientes con Diagnóstico de IRAG por Influenzae representando el 37.5%, con edades que fluctúan entre 25 y 39 años, grupo con comorbilidad y perteneciente a la PEA.

CUADRO 4.2
ESTRATEGIAS FRENTE A BROTE DE INFLUENZA EN HOSPITAL
JOSÉ CAYETANO HEREDIA

ACTIVIDAD	UNIDAD	PROGRAMADO		RESULTADO	
		No.	%	No.	%
Elaboración de Plan de contingencia en Influenza	Plan	01	100	01	100
Personal Capacitado en uso de medidas de Bioseguridad	Persona Capacitada	124	100	83	66.9
Personal capacitado en Protocolo de Atención a pacientes con Influenza	Persona capacitada	124	100	71	57.3
Personal que usa medidas de Bioseguridad	Persona Protegida	124	100	87	70.1
Vacunación contra Influenza a Personal de Salud	Persona Vacunada	124	100	101	81.4

Fuente: Coordinación de Enfermería

COMENTARIO: En el presente cuadro se puede observar que hay Personal Médico o No Médico que no asisten a las Capacitaciones mostrando falta de interés y compromiso. El conocimiento es la principal herramienta con que se cuenta para mayor independencia y autonomía. De ellos el 70.1% usan medidas de Bioseguridad ya que reconocen la importancia de ella para prevenir su transmisión. Y que el 81.4% aceptaron vacunarse por ser un medio de prevención para contraer Influenza. El plan de contingencia se desarrolló ante la presencia de casos , el cual representa un instrumento que ayuda a solucionar las necesidades inmediatas que surgen durante la evolución de un brote, epidemia o pandemia, por ello es indispensable su elaboración y revisión continúa para lograr mejoras continuas a través de la actualización.

V. CONCLUSIONES

- a. Producto de mi experiencia Profesional en la atención a Pacientes con Insuficiencia Respiratoria Aguda Grave por Influenza AH1N1, he adquirido habilidades y destrezas, que me servirán a futuro en brindar una atención con calidad, satisfaciendo las necesidades básicas según la teoría de Virginia Henderson plasmado en el Proceso de Enfermería a través de nuestro Plan de Cuidados.
- b. El año 2013 se reportó 49 casos confirmados de Influenza AH1N1. Durante los años 2014 y 2015 no se reportó casos considerándose un Silencio Epidemiológico. El Año 2016 la Oficina de Inteligencia Sanitaria de la Red Asistencial de Piura reportó 29 casos confirmados de los cuales 3 fallecieron, cuyas edades pertenecen al grupo etario 25 a 40 años.
- c. La prevención así como medidas de aislamiento hospitalario fueron sin lugar a dudas el soporte para evitar la diseminación y controlar el brote.
- d. La aplicación de protocolo de normas de bioseguridad para el personal del área de Emergencia, asegurará la calidad de atención a pacientes con influenza AH1N1 de forma segura, responsable, previniendo complicaciones en la salud del paciente y el personal que lo atiende.
- e. Una forma de aplicar el modelo teórico de Virginia Henderson a la práctica asistencial es en el proceso de enfermería; ya que, proporciona un método lógico y racional a través del cual los/as enfermeros/as pueden organizar la información, considerando la importancia de otorgar una atención adecuada, eficiente y eficaz. Sin embargo, en la práctica clínica los/as enfermeros/as perciben algunas barreras para utilizar el proceso de enfermería, como la sobrecarga laboral, la falta de recursos y de conocimiento.
- f. El trabajo en equipo posibilita tomar decisiones en conjunto, aportar ideas y/o medidas que pueden mejorar el estado del paciente, dar a conocer un modo de pensar, mostrar el saber a los demás, acciones que reflejan autonomía e independencia profesional. Esto se ve reflejado en nuestro gremio de Enfermeras del Hospital III Cayetano Heredia.

VI. RECOMENDACIONES

- a. Formalizar el plan de contingencia Institucional, "Preparación y Respuesta frente a brote AH1N1". Evaluar crónicamente la planeación y ejecución de dicho plan para lograr mejoras continuas a través de la actualización, que nos permitan ser competentes en futuras contingencias.
- b. Resaltar la importancia de mantener el uso de medidas universales de protección estándar no solo durante la presencia de contingencias, sino que debe ser una acción permanente durante el desarrollo de nuestra práctica profesional.
- c. Capacitar oportunamente al Personal de Enfermería en el manejo a Paciente con Influenza AH1N1, ya que juega un papel fundamental en el cuidado integral del paciente.
- d. Mejorar la infraestructura en cuanto a los ambientes de aislamiento y contar con insumos para una atención rápida y oportuna con calidad y calidez
- e. Trabajar con la Familia en Medidas Preventivas de Influenza, para disminuir la transmisión por Influenza.
- f. Gestionar la administración de la Vacuna contra Influenza a todo el Personal de Salud de Emergencia anualmente
- g. Fomentar que Enfermería es una profesión con autonomía propia. "Lo que implica que los enfermeros no deben perder de vista cuál es el objeto de la profesión: el cuidado de la salud humana de los individuos, familia y comunidad y no olvidar que son actores que realizan aportes únicos, esenciales y específicos como "cuidar" y contemplar a la persona en su totalidad, en la realización de un cuidado individualizado e integral."
- h. Desarrollar investigaciones que permitan evaluar las medidas de protección y prevención que aplica no solo la población, también el personal de salud contra la trasmisión de la influenza A/H1N1, de manera que se amplíe el enfoque de prevención primaria acerca de la enfermedad motivo de estudio.

VII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

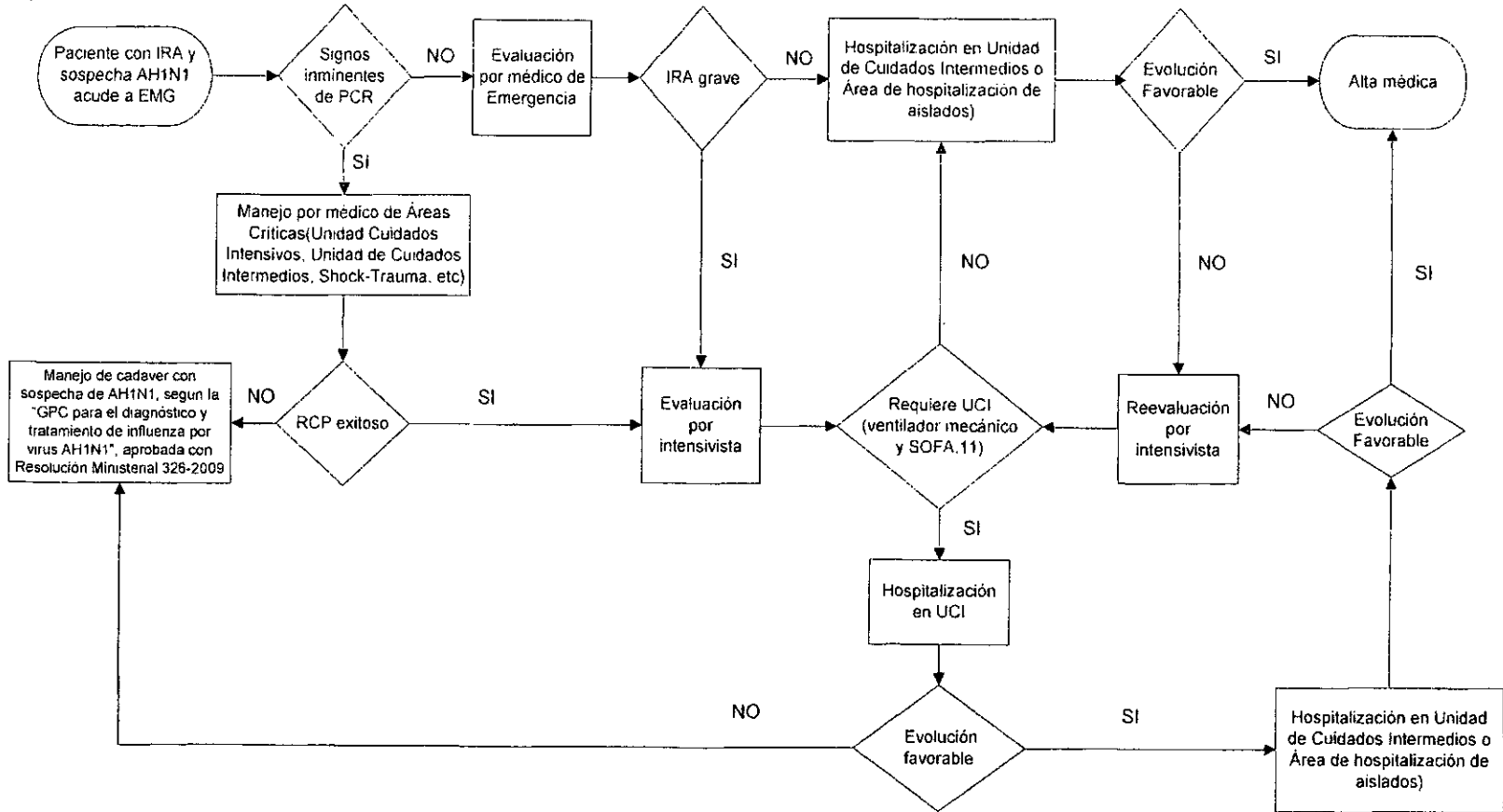
1. CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA TECNOLÓGICA EN SALUD. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA "PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INFLUENZA ESTACIONAL. 2015..
2. Consejo Regional de Salud de la Región Ica. Plan de Contingencia de Preparación y Respuesta frente a una Potencial Pandemia de Influenza A H1N1 en la Región Ica, 2009 - 2010. 2009. Plan de Contingencia.
3. WIKIPEDIA La Enciclopedia Libre. Pandemia de gripe A (H1N1) de 2009-2010 en el Perú. [Online].; 2010 [cited 2017 marzo 26. Available from: [https://es.wikipedia.org/wiki/Pandemia_de_gripe_A_\(H1N1\)_de_2009-2010_en_el_Per%C3%BA](https://es.wikipedia.org/wiki/Pandemia_de_gripe_A_(H1N1)_de_2009-2010_en_el_Per%C3%BA).
4. GUAÑA TORRES JL. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA, QUE LABORA EN EL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO SOBRE LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON AH1N1. 2010 Noviembre. Tesis para optar el Título de Licenciada de Enfermería.
5. VILLA SOLIS LF. APLICACIÓN DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON ATENCIÓN A PACIENTES DE INFLUENZA AH1N1 EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HGDA EN EL PERÍODO JULIO- DICIEMBRE 2013". 2014 Octubre. Tesis para optar el título de Licenciada de Enfermería.
6. VASQUEZ SANTOS L. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A INFLUENZA EN PACIENTES DE URGENCIAS DE UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES No. 14. 2010 Febrero. Tesis de Postgrado para optar el título de Especialista en Urgencias Médico Quirúrgicas.
7. YSLA POÉMAPE MH. FACTORES ASOCIADOS Y COMPLICACIONES RESPIRATORIAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INMUNOFLUORESCENCIA VIRAL POSITIVA. 2015. Tesis para optar el Título de Especialista en Pediatría.
8. PELA JANTINE R. EPIDEMIOLOGÍA DE LA INFLUENZA AH1N1 EN LA POBLACIÓN DE CHEPÉN, ENTRE ENERO Y SEPTIEMBRE 2013. 2014. Tesis para optar el Título de Médico Cirujano.
9. RODRÍGUEZ MONTOYA RM. VARIABLES RESPIRATORIAS ASOCIADAS A MORTALIDAD DEL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO POR INFLUENZA A (H1N1). HOSPITAL ALBERTO SABOGAL, CALLAO -

- PERÚ. 2015. Tesis para optar a grado de Magíster en Docencia e Investigación en Salud.
10. SECRETARÍA DE ESTADO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INFLUENZA AH1N1. 2009 Mayo..
 11. MINISTERIO DE SALUD. GUÍA TÉCNICA:"ATENCIÓN DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN PACIENTES CON INFLUENZA. 2010..
 12. MINISTERIO DE SALUD. GUÍA TÉCNICA: ATENCIÓN DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN PACIENTES CON INFLUENZA". 2010 JUNIO 22..
 13. M.A. Martínez-López, M. Pérez-Constantino y P. P. Montelongo-Meneses. Proceso de Atención de Enfermería a una lactante con neumonía basado en patrones funcionales de Marjory Gordon. Enfermería Universitaria. 2014 Enero - Marzo; 11(1): p. 36 - 43.
 14. López M, Santos S, Varez S, Abril D, Rocabert M, Ruiz M, Mañé N. Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. Enfermería Clínica. 2006; 16(4): p. 218 - 221.
 15. JUAN REYES LUNA, PATRICIA JARA CONCHA, JOSE M. MERINO ESCOBAR. ADHERENCIA DE LAS ENFERMERAS/OS A UTILIZAR UN MODELO TEORICO COMO BASE DE LA VALORACION DE ENFERMERIA. Ciencia y Enfermería. 2007; 13(1): p. 45 - 57.
 16. Lesmes óG. Factores que determinan la aplicación del Proceso de Enfermería e Instituciones Hospitalarias de Villavicencio, Colombia, 2008. Avances en Enfermería IMSS. 2009; 14(1): p. 60 - 68.
 17. Armijo PP. Aplicación de la teoría de Henderson y su aproximación al cuidado avanzado en enfermería en un servicio de pediatría. Revista Biomédica revisada por Pares. 2012 Octubre; 12(10).
 18. Ana María Rodríguez Bestilleiro, M. Ángeles Ferrer Pardavila. Prevalencia de diagnósticos enfermeros de la NANDA y necesidades alteradas de Henderson en una unidad de lactantes. Enfermería Clínica. 2002 Enero; 12(6): p. 253-9.
 19. Jiménez-Castro Ana Bertha, Salinas-Durán María Teresa, Sánchez-Estrada Teresa. Algunas reflexiones sobre la filosofía. Rev. Enfermería IMSS. 2004; 12(2): p. 61 - 63.

20. Henderson V. Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería Enfermeras Cld, editor. Ginebra; 1971.
21. teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/virginia-henderson.html. [Online].; 2012 [cited 2017 abril 23. Available from: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/virginia-henderson.html>.
22. Gardey. JPPyA. //definicion.de/cuidados-de-enfermeria/. [Online].; 2012 [cited 2017 enero 22. Available from: <http://definicion.de/cuidados-de-enfermeria/>.
23. Antioquia Ud. Aprende en Línea. Plataforma Académica para Pregrado y Postgrado. [Online].; 2016 [cited 2017 03 15. Available from: <http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61971>
24. NANDA. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERO: Definición y Clasificación; 2015 - 2017.
25. SUE MOORHEAD, MARION JOHNSON, MERIDEAN L. MAAS, ELIZABETH SWANSON. CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC): Medición de Resultados en Salud. 5th ed. España: ELSEVIER; 2014.
26. BULECHEK Gloria M., HOWARD K. BUTCHER y otros. CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC). 6th ed. España: ELSEVIER; 2014.

ANEXOS

**ANEXO 1:
FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA POR VIRUS DE INFLUENZA**



57

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA GRAVE BASADO EN LAS CATORCE NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON (23)

En el sentido filosófico del término, el método, ligado al dominio específico de la enfermería, en la actualidad es el Proceso de Enfermería, que comporta fines particulares y una forma de proceder que le es propia.

El objetivo principal del Proceso de Atención de Enfermería es construir una estructura teórica que pueda cubrir, individualizando, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

Existen otras teorías, todas ellas mantienen como constantes la conservación y el progreso de salud de la persona, mediante acciones organizadas. Es decir, conseguir la calidad en los cuidados y la calidad de vida.

El siguiente PAE está encaminado a brindar una guía para ser utilizada y facilitar la atención de enfermería a estos pacientes con influenza, garantizar calidad de vida en el menor tiempo posible alcanzando la excelencia en la prestación de los servicios de salud debe ser el objetivo primordial de enfermería.

Fases del Proceso de Enfermería

Las fases constituyen las etapas de actuación concretas que tienen carácter operativo. El Proceso de Enfermería es un todo cíclico, dinámico e inseparable, pero estructurado en secuencias lógicas. Tal y como en el presente está concebido el Proceso de Enfermería, se distinguen cinco etapas:

VALORACIÓN

Es el punto de partida del Proceso de Enfermería. Es la base de todas las fases siguientes, lo que la convierte en el banco de datos imprescindible para tomar decisiones. Su objetivo es recoger datos sobre el estado de salud del paciente, estos datos han de ser confirmados y organizados antes de identificar los problemas clínicos y/o diagnósticos de enfermería. La valoración incluye diferentes acciones: obtención de la información, su interpretación y posterior organización de toda la información obtenida.

1. Obtención de la información.

En la fase de valoración, la enfermera evalúa a los pacientes a partir de cada uno de los 14 componentes de los cuidados básicos de Enfermería. Tan pronto se evalúa el primer componente, la enfermera pasara al siguiente, y así sucesivamente hasta que las 14 áreas queden cubiertas. Para recoger la información, la enfermera utiliza la observación, el olfato, el tacto y el oído. Para completar la fase de valoración, la enfermera debe analizar los datos reunidos. Esto requiere conocimientos sobre lo que es normal en la salud y en la enfermedad.

Según Virginia Henderson la enfermera y el paciente idean juntos el plan de cuidados.

La enfermera debe ser capaz no sólo de valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y estados patológicos que las alteran. Henderson afirma que la enfermera debe "meterse en la piel" de cada uno de sus pacientes para saber qué necesita. Las necesidades deben entonces ser ratificadas con el paciente (validación de los datos).

Siguiendo el modelo de Henderson la recogida de datos sería:

1. Necesidad de respirar:

Términos que debemos valorar entre otros: amplitud respiratoria, ruidos respiratorios, color de los tegumentos, frecuencia respiratoria, mucosidades, permeabilidad de vías respiratorias, ritmo respiratorio, tos.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, postura, ejercicio, alimentación, estatura, sueño, emociones, aire ambiental, clima, vivienda, lugar de trabajo y enfermedades asociadas.

2. Necesidad de beber y comer:

Términos que debemos valorar entre otros: Alimentos, apetito, saciedad, equilibrio hidroelectrolítico, metabolismo, nutrientes o elementos nutritivos, estado nutricional.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, actividades físicas, regularidad del horario en las comidas, emociones y ansiedad, clima, estatus socioeconómico, religión, cultura.

3. Necesidad de eliminar:

Términos que debemos valorar entre otros : defecación, diuresis, micción, heces, sudor.

Factores que influyen en esta necesidad: alimentación, ejercicios, edad, horario de eliminación intestinal, estrés, normas sociales.

4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura:

Términos que debemos valorar: amplitud de movimientos, ejercicios activos, ejercicios pasivos, frecuencia del pulso, mecánica corporal, postura, presión arterial, presión diferencial, pulsación, ritmo, tono muscular.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, constitución y capacidades físicas, emociones, personalidad, cultura, roles sociales, organización social.

5. Necesidad de dormir y descansar:

Términos que debemos valorar: descanso, sueño, ritmo circadiano.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, ejercicio, hábitos ligados al sueño, ansiedad, horario de trabajo.

6. Necesidad de vestirse y desvestirse:

Términos que debemos valorar: capacidad de vestirse y desvestirse, utilización de ropa adecuada.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, talla y peso, creencias, emociones, clima, estatus social, empleo, cultura.

7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales:

Términos que debemos valorar: Temperatura, ambiente, abrigo.

Factores que influyen en esta necesidad: sexo, edad, ejercicio, alimentación, hora del día, ansiedad y emociones, lugar de trabajo, clima, vivienda.

8. Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos:

Términos que debemos valorar: faneras, piel, mucosas, condiciones higiénicas.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, temperatura, ejercicio, alimentación, emociones, educación, cultura, organización social.

9. Necesidad de evitar los peligros:

Términos que debemos valorar: entorno familiar, medio ambiente, inmunidad, mecanismos de defensa, medidas preventivas, seguridad física, seguridad psicológica.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y desarrollo, mecanismos de defensa, entorno sano, estatus socioeconómico, roles sociales, educación, clima, religión, cultura.

10. Necesidad de comunicar:

Términos que debemos valorar: accesibilidad de los que intervienen, capacidad de expresión, vía de relación, estímulo.

Factores que influyen en esta necesidad: integridad de los órganos de los sentidos y las etapas de crecimiento, inteligencia, percepción, personalidad, emociones, entorno, cultura y status social.

11. Necesidad de actuar según sus creencias y sus valores:

Términos que debemos valorar: creencias, fe, ideología, moral, religión, ritual, espiritualidad, valores.

Factores que influyen en esta necesidad: gestos y actitudes corporales, búsqueda de un sentido a la vida y a la muerte, emociones, cultura, pertenencia religiosa.

12. Necesidad de ocuparse para realizarse:

Términos que debemos valorar: autonomía, autoestima, rol social, estatus social, valoración.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, constitución y capacidades físicas, emociones, cultura, roles sociales.

13. Necesidad de recrearse:

Términos que debemos valorar: diversión, juego, ocio, placer.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, constituciones y capacidades físicas, desarrollo psicológico, emociones, cultura, roles sociales, organización social.

14. Necesidad de aprender:

Términos que debemos valorar: aprendizaje, enseñanza.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, capacidades físicas, motivación, emociones, entorno.

Para analizar y valorar todos los datos obtenidos, se pueden recoger los datos en el siguiente esquema:

* Información general:

Nombre, Edad, Sexo, Estado civil, Diagnóstico, Ocupación, Nacionalidad, Lugar donde se encuentra el cliente.

Una vez recogido todos los datos es importante valorar las manifestaciones de independencia y de dependencia de cada necesidad así como de las fuentes de dificultad que producen esas manifestaciones de dependencia.

DIAGNÓSTICO

Para Virginia Henderson un diagnóstico de enfermería es un problema de dependencia que tiene una causa que las enfermeras pueden tratar para conseguir aunque sea una milésima de independencia.

Una enfermera puede diagnosticar o emitir un dictamen sobre las necesidades alteradas que tienen las personas a las que atiende.

El diagnóstico comprende varias acciones:

Análisis de datos, identificación de los problemas de enfermería, formulación de diagnósticos de enfermería, identificación de los problemas interdependientes.

* Análisis de datos.

Después de ser clasificados en manifestaciones de independencia y de dependencia y en fuentes de dificultad, los datos son comparados entre ellos.

Las manifestaciones de dependencia y las fuentes de dificultad son tenidas en cuenta, porque requieren intervenciones por parte de la enfermera aquí y ahora. Hay que separar lo que la enfermera puede resolver con su función autónoma y lo que no puede resolver.

* A partir de estas manifestaciones de dependencia se propone el diagnóstico de enfermería.

* Valorar como incide el problema en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales.

PLANIFICACIÓN

Henderson, en la fase de planificación sugiere, que el plan de cuidados debe responder a las necesidades de la persona, actualizarlo actualizarlo periódicamente de acuerdo a los cambios, utilizarlo como un historial y asegurarse de que se adapta al plan prescrito por el médico. En su opinión un buen plan integra el trabajo de todos los miembros del equipo de salud. En esta etapa hay que pensar por adelantado lo que vamos a hacer.

* Fijación de prioridades.

"En la etapa diagnóstica puede detectarse en la persona más de un problema para intervenir que no siempre es posible abordarlos todos a la vez, entonces será necesario dar prioridad a alguno (os). Para facilitar esta tarea, se pueden aplicar algunos criterios como:"

- . Problemas que amenacen la vida de la persona.
- . Problemas que para la persona/familia sean prioritarios porque pueden impedir la atención de problemas más urgentes que no son percibidos como tales.
- . Problemas que coadyuvan a la aparición o permanencia de otros problemas
- . Problemas que por tener una misma causa pueden abordarse conjuntamente, optimizando la utilización de los recursos y aumentando la eficiencia enfermera
- . Problemas que tienen una solución sencilla y su solución sirve de base para resolver otros más complejos.

Consiste en colocar el orden en el que vamos a resolver el problema, esto se hará según:

Amenaza de muerte.

La persona (cliente).

El impacto del problema (el que más influye en las 14 necesidades).

* Establecimiento de los objetivos.

Estos pueden ser a corto o a largo plazo siempre que se pueda deberán concertarse con el paciente.

La enfermera y el paciente siempre están luchando por la consecución de un objetivo, ya sea la independencia o la muerte pacífica. Una meta de la enfermera debe ser lograr que la cotidianidad del paciente transcurra dentro de la normalidad posible. El fomento de la salud es otro objetivo importante para la enfermera.

* Determinación de las actividades de enfermería.

Las actividades surgen de la causa que genera esas manifestaciones de dependencia.

Los modos de intervención o suplencia son clave para las actividades de los diagnósticos de enfermería.

Estos pueden ser:

Realizar una actividad por él: sustituir, reemplazar.

Ayudarlo a realizar la actividad: completar.

Enseñarlo a realizar la actividad: asesorar.

Supervisar la actividad: reforzar.

EJECUCIÓN

En la fase de ejecución, la enfermera ayuda al paciente a realizar actividades para mantener la salud, para recuperarse de la enfermedad o para conseguir una muerte pacífica. Las intervenciones son individualizadas según los principios fisiológicos, la edad, los antecedentes culturales, el equilibrio emocional y las capacidades físicas e intelectuales.

Aunque toda la documentación se realiza en las fases anteriores del proceso, adquiere un valor fundamental en la ejecución; quizás ello sea debido a un principio jurídico muy extendido y de aplicabilidad a nuestro contexto asistencial: lo no escrito no forma parte de la realidad.

EVALUACIÓN

Una vez ejecutado el plan de cuidados, la etapa siguiente es la evaluación; por tanto, es la etapa final del proceso de enfermería.

Según Henderson se evalúa al paciente según el grado de capacidad de actuación independiente.

En esta fase la enfermera, al final del Proceso de Enfermería, compara el estado de salud del paciente con los resultados definidos en el plan de atención.

Según Henderson los objetivos se han conseguido, si se ha mejorado aunque sea una milésima de independencia, si se ha recuperado la independencia o el paciente recibe una muerte apacible.

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ABORDADO DESDE EL MODELO
TEÓRICO DE VIRGINIA HENDERSON**

Nota: registre los datos proporcionados en el caso

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

➤ Identificación: _____

Nombre y apellidos _____

Sexo ____ Edad ____ Estado civil ____ Escolaridad _____

Fecha de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento _____ Procedencia _____ Religión _____

Ocupación actual _____

Ocupación anterior _____

Dirección residencia _____ Teléfono _____

Tipo de Seguro de Salud _____

EPS _____

Persona responsable _____ Parentesco _____

Dirección _____

Teléfono _____

FUENTE DE INFORMACIÓN

MOTIVO DE INGRESO

¿Cómo percibe el usuario su estado de salud? Sano Enfermo

Describir:

SITUACIÓN ACTUAL

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Antecedentes	Personales	Familiares
	Tiempo de Dx	Parentesco
Hipertensión arterial		
Dislipidemia		
Infarto de miocardio		
Enf. CerebroVascular Isquemia cerebral T.		
Diabetes mellitus		
Asma- EPOC		
Tuberculosis		
Cáncer (Localización)		
Osteoporosis		
Artritis reumatoidea		
Caidas o fracturas		
Convulsiones		
Enfermedad renal		
Alergias		
Quirúrgicos		
Mentales		
Infeciosas		
Sexualidad: Edad:	Menarca ____ Edad: Menopausia ____ Gestaciones ____ Partos ____ Abortos ____ Cesáreas ____ Mortinatos ____ FUM ____	

	Última citología	
Infecciones de transmisión sexual		
Otros:		

Observaciones

MEDICAMENTO ACTUAL

Medicamento	Dosis	Prescrito Si/No

Observaciones al tratamiento farmacológico:

Tratamientos no farmacológicos

Observaciones

PERFIL PSICOSOCIAL

▪ Hábitos actuales	Si	No	Historia - Observaciones
Consumo de licor	_____	_____	_____
Consumo de tabaco	_____	_____	_____
Consumo de psicoactivos	_____	_____	_____
▪ Actividades ocupacionales:			
Actividad física - ejercicio	_____	_____	_____
Actividades recreativas	_____	_____	_____
Otra _____			

Relaciones familiares activas (vínculos – vistas)

Fuentes de ingreso

Pertenencia a grupos sociales

B. VALORACION FUNCIONAL:

Actividades básicas vida diaria. Índice de Katz (1963) – ABVD-

Capacidad funcional	Independencia	Dependencia
Bañarse		
Vestirse		
Continencia		
Alimentarse		
Utilización WC		
Movilización/Desplazamiento		

Observaciones

Actividades instrumentales de la vida diaria. Índice Lawton y Brody

AIVD - (1969)

Capacidad funcional	Independencia	Dependencia
Utilización teléfono		
Realizar compras		
Prepararse los alimentos.		
Realizar tareas domésticas		
Lavar la ropa		
Utilizar el transporte		
Manejo de medicamentos		
Manejo del dinero		

Observaciones:

Según esta valoración, cómo se clasifica?

Utilización de ayudas y prótesis

- | | | |
|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Lentes | <input type="checkbox"/> Audífonos | <input type="checkbox"/> Prótesis dentales |
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Caminador | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas |
| <input type="checkbox"/> Prótesis extremidades | | <input type="checkbox"/> Muletas |

Observaciones

C. VALORACIÓN DEL ENTORNO

Vivienda:

Alquilada Propia Otro

Casa/Hogar Residencia

Vive:

Solo Acompañado

Observaciones

Accesibilidad- vivienda (transporte, escalas, # pisos)

Ítem	Satisfactorio	Insatisfactorio (La causa)
Iluminación		
Ventilación		
Habitabilidad (humedades)		
Estado de los pisos		
Condiciones del dormitorio		
Condiciones del baño		
Condiciones de la cocina.		
Condiciones del comedor		
Entradas y salidas		
Corredores, pasillos		
Número de pisos		
Estado de las escaleras		
Presencia de plantas, mascotas, juguetes y otros objetos.		
Dispositivos de orientación y seguridad: Relojes, calendarios, identificación en grifos (frio-caliente), teléfonos, alarmas, campanas, timbres.		
Estimulación sensorial: radio, televisión, decoración.		

Observaciones

D. VALORACIÓN SEGÚN LA TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

Apariencia General:

Intervención/ Actividades

Evaluación

Diagnóstico de enfermería 2

Objetivo o resultados esperados

Intervención / Actividades

Evaluación

DOMINIO: 4 Actividad / Reposo CLASE: 4 RESPUESTAS CARDIOVASCULARES CODIGO DE DIAGNOSTICO: 0032 (24)	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PATOLOGÍA: INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA GRAVE POR INFLUENZA			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA	DOMINIO II: SALUD FISIOLÓGICA CLASE E: CARDIOPULMONAR CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS (NOC) (25)			
PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ R/C SÍNDROME DE HIPOVENTILACIÓN, DISMINUCIÓN DE LA EXPANSIÓN PULMONAR M/P taquipnea, disnea, uso de los músculos accesorios para respirar, disminución de la presión espiratoria e inspiratoria, disminución de la capacidad vital, taquicardia, fase espiratoria prolongada.	RESULTADOS 0403 Estado respiratorio: Ventilación	INDICADORES 040301 Frecuencia Respiratoria 040302 Ritmo Respiratorio 040303 Profundidad de la Respiración 040324 Volumen Corriente 040325 Capacidad Vital 040326 Hallazgos en la radiografía de Toráx 040310 Ruidos Respiratorios patológicos 040313 Disnea de reposo 040329 Expansión torácica asimétrica 040332 Espiración alterada	ESCALA DE MEDICIÓN 1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	PUNTUACIÓN DIANA Mantener a: 2 Aumentar a: 4 Mantener a: 3 Aumentar a: 4
	CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)			
CAMPO : 2 FISIOLÓGICO COMPLEJO (26)	CLASE: K CONTROL RESPIRATORIO	INTERVENCIONES: 3350 MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA	ACTIVIDADES: . Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. . Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares. . Observar si se producen respiraciones ruidosas, como estridor o ronquidos. . Monitorizar los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de Kussmaul, respiraciones de Cheyne-Stokes, respiración apnéustica, Biot y patrones atáxicos. . Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno continuamente en pacientes sedados (p. ej. SaO2, SvO2, SpO2) siguiendo las normas del centro y según esté indicado. . Aplicar sensores de oxígeno continuos no invasivos (p. ej., dispositivos en el dedo, nariz, o frente), apropiados en pacientes de riesgo (p. ej., obesos mórbidos, apnea obstructiva del sueño confirmada, antecedentes de problemas respiratorios que requieran oxigenoterapia, extremos de edad) siguiendo las normas del centro y según esté indicado. . Palpar para ver si la expansión pulmonar es igual.	

		<p>3140 MANEJO DE LA VÍA AÉREA</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Realizar percusión en las zonas anterior y posterior del tórax desde los vértices hasta las bases de forma bilateral. . Observar si hay fatiga muscular diafragmática (movimiento paradójico). . Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución/ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios. . Determinar la necesidad de aspiración auscultando para ver si hay crepitación o roncus en las vías aéreas principales. . Auscultar los sonidos pulmonares después de los tratamientos para apreciar los resultados. . Vigilar los valores de las PFR, sobre todo la capacidad vital, fuerza inspiratoria máxima, volumen espiratorio forzado en un segundo (VEMS) y VEMS/CVF, según disponibilidad. . Monitorizar las lecturas del ventilador mecánico, anotando los aumentos de presiones inspiratorias y las disminuciones de volumen corriente, según corresponda. . Monitorizar si aumenta la inquietud, ansiedad o disnea. . Observar los cambios de SaO2, SvO2 y CO2 teleespiratorio y los cambios de los valores de gasometría arterial, según corresponda. . Anotar aparición, características y duración de la tos. . Vigilar las secreciones respiratorias del paciente. <p>Realizar una monitorización intermitente frecuente del estado respiratorio en pacientes de riesgo (p. ej., tratamiento con opiáceos, recién nacidos, ventilación mecánica..</p> <ul style="list-style-type: none"> . Observar si hay disnea y los factores que la mejoran y empeoran. . Monitorizar la presencia de crepitación, si es el caso. . Realizar el seguimiento de los informes radiológicos. . Abrir la vía aérea, mediante la técnica de elevación de la barbilla o de pulsión mandibular, si se precisa. . Colocar al paciente en decúbito lateral, según se indique, para evitar la aspiración . Establecer esfuerzos de reanimación, si es necesario. . Instaurar tratamientos de terapia respiratoria (nebulizador), cuando sea necesario. <ul style="list-style-type: none"> . Abrir la vía aérea, mediante la técnica de elevación de barbilla o pulsión mandibular, según corresponda. . Colocar al paciente para maximizar el potencial de ventilación. . Identificar al paciente que requiera de manera real/potencial la intubación de vías aéreas. . Eliminar las secreciones fomentando la tos o mediante succión. . Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios. . Realizar la aspiración endotraqueal según corresponda. . Administrar broncodilatadores, según corresponda. . Administrar aire u oxígeno humidificados, según corresponda. . Regular la ingesta de líquidos para optimizar el equilibrio hídrico. . Colocar al paciente en una posición que alivie la disnea. . Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, según corresponda
--	--	---	---

DOMINIO: 11 SEGURIDAD / PROTECCIÓN CLASE: 42 LESIÓN FÍSICA CODIGO DE DIAGNOSTICO: 00031	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PATOLOGÍA: INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA GRAVE POR INFLUENZA			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA	DOMINIO II: SALUD FISIOLÓGICA CLASE E: CARDIOPULMONAR CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS (NOC)			
LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS R/C RETENCIÓN DE SECRECIONES BRONQUIALES, EXUDADO ALVEOLAR, MUCOSIDAD EXCESIVA, PROCESO INFECCIOSO M/P Sonidos respiratorios adventicios, ausencia de tos o tos inefectiva, cianosis, agitación, ortopnea, cambios en el ritmo y frecuencia respiratoria. (polipnea).	RESULTADOS 0410 Estado respiratorio: Permeabilidad de las Vías Respiratorias	INDICADORES 041004 Frecuencia Respiratoria 041005 Ritmo Respiratorio 041012 Capacidad de eliminar secreciones 041007 Ruidos respiratorios patológicos 041020 Acumulación de esputo	ESCALA DE MEDICIÓN 1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	PUNTUACIÓN DIANA Mantener a: 2 Aumentar a: 4 Mantener a: 3 Aumentar a: 4

DOMINIO: 3 ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO CLASE: 4 FUNCIÓN RESPIRATORIA CODIGO DE DIAGNOSTICO: 00030	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PATOLOGÍA: INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA GRAVE POR INFLUENZA			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA	DOMINIO II: SALUD FISIOLÓGICA CLASE E: CARDIOPULMONAR CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS (NOC)			
DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES R/C DESEQUILIBRIO EN LA VENTILACIÓN/PERFUSIÓN, CAMBIOS DE LA MEMBRANA ALVEOLO-CAPILAR M/P Respiración anormal en la profundidad, frecuencia y ritmo, color anormal de la piel como palidez o cianosis, diaforesis, disminución del dióxido de carbono, disnea, hipercapnia, hipoxemia, hipoxia, irritabilidad, aleteo nasal, agitación, somnolencia, hipotermia, taquicardia, trastornos visuales, criterios de lesiones pulmonares: a) infiltrados pulmonares en más de dos cuadrantes, b) índice de Kirby ($PaO_2/FIO_2 < 250$ o hipoxemia refractaria) y c) distensibilidad pulmonar disminuida).	RESULTADOS	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
	0402 Estado respiratorio: Intercambio Gaseoso	040208 Presión parcial del oxígeno en la sangre arterial (PaO_2) 040209 Presión parcial del dióxido de carbono en la sangre arterial ($PaCO_2$) 040210 pH arterial 040211 Saturación de O_2 040212 Volumen corriente CO_2 040213 Hallazgos en la radiografía de tórax 040214 Equilibrio entre ventilación y perfusión 040203 Disnea de reposo 040204 Disnea de esfuerzo 040205 Inquietud 040206 Cianosis 040207 Somnolencia 040216 Deterioro cognitivo 041102 Frecuencia respiratoria 041103 Ritmo respiratorio	1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	Mantener a: 1 Aumentar a: 4 Mantener a: 1 Aumentar a: 4

	0600 Equilibrio electrolítico y ácido-base	060003 Frecuencia respiratoria 060004 Ritmo respiratorio 060010 pH sérico 060013 Bicarbonato sérico 060024 Dióxido de carbono sérico 060033 Deterioro cognitivo 060034 Fatiga 060040 Inquietud	1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	Mantener a: 1 Aumentar a: 4 Mantener a: 1 Aumentar a: 4
--	--	---	--	--

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)			
CAMPO2: FISIOLÓGICO COMLEJO:	CLASE G: CONTROL DE ELECTROLITOS Y ACIDOBÁSICO	1910 MANEJO DEL EQUILIBRIO ACIDOBÁSICO	ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> . Mantener la vía aérea permeable. . Colocar al paciente para facilitar una ventilación adecuada (p. ej., abrir la vía aérea y elevar la cabecera de la cama). . Mantener un acceso i.v. permeable. . Monitorizar las tendencias de pH arterial, PaCO₂, y HCO₃ para determinar el tipo concreto de desequilibrio (p. ej., respiratorio o metabólico) y los mecanismos fisiológicos compensadores presentes (p. ej., compensación pulmonar o renal, amortiguadores fisiológicos). . Mantener la evaluación simultánea del pH arterial y de los electrolitos plasmáticos para una planificación terapéutica precisa. . Monitorizar la gasometría arterial y los niveles de electrolitos séricos y urinarios, según se precise. . Obtener una muestra para el análisis de laboratorio del equilibrio acidobásico (p. ej., gasometría arterial, orina y suero), según se precise. . Monitorizar las posible etiología antes de intentar tratar los desequilibrios acidobásicos. . Determinar los trastornos que requieren intervención directa frente a los que requieren tratamiento de soporte. . Monitorizar las complicaciones de las correcciones de los desequilibrios acidobásicos (p. ej., reducción rápida de la alcalosis respiratoria crónica que provoca acidosis metabólica). . Monitorizar las alteraciones acidobásicas mixtas (p. ej., alcalosis respiratoria primaria y acidosis metabólica primaria). . Monitorizar el patrón respiratorio. . Monitorizar los determinantes del aporte tisular de oxígeno (p. ej., PaO₂, SaO₂, niveles de hemoglobina y gasto cardíaco), si se dispone de ellos.

	<p>CLASE: K CONTROL RESPIRATORIO</p>	<p>3300 MANEJO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Monitorizar los síntomas de insuficiencia respiratoria (p. ej., niveles bajos de PaO₂ y elevados de PaCO₂, así como fatiga de los músculos respiratorios). . Monitorizar la determinación del consumo de oxígeno (p. ej., niveles de SvO₂ y avDO₂), si está disponible. . Monitorizar las entradas y salidas. . Monitorizar el estado hemodinámico, incluidos los niveles de PVC, PAM, PAP y PECP. . Monitorizar la pérdida de ácido (p. ej., vómitos, aspiración por sonda nasogástrica, diarrea y diuresis), según se precise. . Monitorizar la pérdida de bicarbonato (p. ej: diarrea), según se precise. . Monitorizar el estado neurológico (p. ej., nivel de consciencia y confusión). . Proporcionar soporte ventilatorio mecánico, si es necesario. . Proporcionar una hidratación adecuada y la reposición de los volúmenes normales de líquidos, si es necesario. . Proporcionar la reposición de los niveles normales de electrolitos (p. ej., potasio y cloruro), si es necesario. . Administrar las medicaciones prescritas basándose en las tendencias del pH arterial, PaCO₂, HC0₃ y electrolitos séricos, según corresponda. . Sedar al paciente para reducir la hiperventilación, si es preciso. . Tratar la fiebre, según sea preciso. . Administrar analgésicos, según sea preciso. . Administrar oxigenoterapia, según corresponda. . Administrar antibióticos y broncodilatadores, según se precise. . Controlar las condiciones que indican la necesidad de soporte ventilatorio (fatiga de los músculos respiratorios, acidosis respiratoria refractaria). . Observar si hay insuficiencia respiratoria inminente. . Consultar con otros profesionales de la salud para la selección del modo de ventilador (modo inicial) habitualmente de control de volumen especificando la frecuencia respiratoria, nivel de FiO₂ y volumen corriente deseado. . Obtener una evaluación del estado corporal basal del paciente al inicio y con cada cambio de cuidador. . Iniciar la preparación y la aplicación del respirador. . Asegurarse de que las alarmas del ventilador están conectadas. . Comprobar de forma rutinaria los ajustes del ventilador, incluida la temperatura y la humidificación del aire inspirado. . Comprobar regularmente todas las conexiones del ventilador. . Observar si se produce un descenso del volumen espirado y un aumento de la presión inspiratoria. . Controlar las actividades que aumentan el consumo de O₂ (fiebre, escalofríos, dolor o actividades básicas de Enfermería) que pueden desbordar los ajustes de soporte ventilatorio y causar una desaturación de O₂.. . Controlar los factores que aumentan el trabajo respiratorio del paciente/ventilador (obesidad mórbida, cabecera de la cama bajada, tubo endotraqueal mordido condensación en los tubos del ventilador, filtros obstruidos).
--	---	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> . Controlar los síntomas que indican un aumento del trabajo respiratorio (aumento de la frecuencia cardiaca o respiratoria, hipertensión, diaforesis, cambios del estado mental). . Proporcionar cuidados para aliviar las molestias del paciente (posición, limpieza traqueobronquial, comprobaciones frecuentes del equipo, sedación y/o analgesia). . Vigilar las lecturas de presión del ventilador, la sincronía paciente/ventilador y el murmullo vesicular del paciente. . Realizar aspiración, en presencia de sonidos adventicios y/o aumento de las presiones inspiratorias. . Controlar la cantidad, color y consistencia de las secreciones pulmonares y documentar los resultados periódicamente. . Vigilar el progreso del paciente con los ajustes del ventilador actuales y realizar los cambios apropiados según orden médica. . Observar si se producen efectos adversos de la ventilación mecánica.(desviación traqueal, infección, barotrauma, gasto cardiaco reducido, distensión gástrica, enfisema subcutáneo). . Controlar la lesión de la mucosa bucal, nasal, traqueal o laríngea por presión de las vías aéreas artificiales, presión elevada del tubo o desintubaciones no programadas. . Fomentar las evaluaciones rutinarias para los criterios de destete. (p.ej. estabilidad hemodinámica, cerebral, metabólica, capacidad de mantener la vía aérea permeable, capacidad de iniciar el esfuerzo inspiratorio) . Establecer el cuidado bucal de forma rutinaria con gasas blandas húmedas, antiséptico y succión suave. . Monitorizar los efectos de los cambios del ventilador sobre la oxigenación, gasometría arterial, SaO2, CO2 telespiratorio, así como la respuesta subjetiva del paciente). . Documentar todas las respuestas del paciente al ventilador y los cambios del ventilador (p.ej. observación del movimiento/auscultación del tórax, cambios radiológicos, cambios en las gasometrías arteriales). . Asegurar la presencia del equipo de emergencia en la cabecera del paciente en todo momento (p.ej. bolsa de reanimación manual conectada al oxígeno, mascarillas, etc.)
--	--	--	--

DOMINIO: 4 Actividad / Reposo CLASE: 4 RESPUESTAS CARDIOVASCULARES / PULMONARES CODIGO DE DIAGNOSTICO: 0096	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PATOLOGÍA: INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA GRAVE POR INFLUENZA			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA	DOMINIO II: SALUD FISIOLÓGICA CLASE E: CARDIOPULMONAR CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS (NOC)			
DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDÍACO R/C ALTERACIÓN DEL RITMO Y FRECUENCIA CARDIACA, M/P bradicardia, fatiga, prolongación del tiempo del llenado capilar y variaciones en la lectura de la presión arterial	RESULTADOS 0414 Estado cardiopulmonar 0405 Perfusión tisular cardiaca	INDICADORES 041401 Presión arterial sistólica 041402 Presión arterial diastólica 041403 Pulsos periféricos 041405 Ritmo cardíaco 041406 Frecuencia Respiratoria 041412 Saturación de Oxígeno 040522 Bradicardia	ESCALA DE MEDICIÓN 1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	PUNTUACIÓN DIANA Mantener a: 3 Aumentar a: 5 Mantener a: 3 Aumentar a: 4
	CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)			
CAMPO 2: FISIOLÓGICO COMPLEJO	CLASE N: CONTROL DE LA PERFUSIÓN TISULAR	4044 CUIDADOS CARDIACOS: AGUDOS	<ul style="list-style-type: none"> . Realizar una evaluación exhaustiva del estatus cardíaco, incluida la circulación periférica. . Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíacos. . Auscultar los sonidos cardíacos. . Reconocer la frustración y el miedo causados por la incapacidad de comunicación y la exposición a unos aparatos y entorno extraños. . Auscultar los pulmones para ver si hay sonidos crepitantes o adventicios. . Monitorizar la eficacia de la oxigenoterapia, si es adecuado. . Monitorizar los factores determinantes del aporte de oxígeno (p. ej., PaO2, niveles de hemoglobina y gasto cardíaco), según corresponda. . Monitorizar el estado neurológico. . Monitorizar las entradas/salidas, la diuresis y el peso diario, si correspondiera. . Seleccionar la mejor derivación de ECG para la monitorización continua, si correspondiera. . Obtener un ECG de 12 derivaciones, según corresponda. Extraer muestras sanguíneas para controlar los niveles de CPK, LDH y AST, según corresponda. . Monitorizar la función renal (niveles de BUN y Cr), si correspondiera. . Monitorizar las pruebas de función hepática, si procediera. Controlar los electrolitos que 	

<p>CAMPO 2: FISIOLÓGICO COMPLEJO</p>	<p>CLASE N: CONTROL DE LA PERFUSIÓN TISULAR</p>	<p>4150 REGULACIÓN HEMODINÁMICA</p>	<p>pueden aumentar el riesgo de arritmias (potasio y magnesio séricos), según corresponda.</p> <ul style="list-style-type: none"> . Realizar una radiografía de tórax, si procediera. . Vigilar las tendencias de la presión arterial y los parámetros hemodinámicos, si están disponibles (presión venosa central y presión capilar pulmonar/de enclavamiento de la arteria pulmonar). . Evitar la inducción de situaciones de gran intensidad emocional. . Evitar calentar o enfriar en exceso al paciente. . Administrar fármacos que impidan episodios de la maniobra de Valsalva (p.ej., laxantes, antieméticos), según corresponda. . Evitar la formación de trombos periféricos (es decir, cambios posturales cada 2 horas y administración de anticoagulantes en dosis bajas). . Administrar medicamentos que alivien/eviten el dolor y la isquemia, a demanda. . Monitorizar la eficacia de la medicación. <ul style="list-style-type: none"> . Realizar una evaluación exhaustiva del estado hemodinámico (comprobar la presión arterial, frecuencia cardíaca, pulsos, presión venosa yugular, presión venosa central, presiones auriculares y ventriculares izquierdas y derechas, así como presión de la arteria pulmonar), según corresponda. . Utilizar múltiples parámetros para determinar el estado clínico del paciente (la presión del pulso proporcional se considera el parámetro definitivo). . Monitorizar y documentar la presión del pulso proporcional (presión sistólica menos presión diastólica, dividido entre la presión sistólica, expresando el resultado como proporción o porcentaje). . Realizar exploraciones físicas frecuentes en las poblaciones de riesgo (p. ej., pacientes con insuficiencia cardíaca). . Aliviar las preocupaciones de los pacientes proporcionando una información precisa y corrigiendo cualquier idea errónea. . Instruir al paciente y la familia sobre la monitorización hemodinámica (p. ej., fármacos, terapias, finalidad de los aparatos). . Explicar la finalidad de los cuidados y el modo en el que se medirán los progresos. . Reconocer la presencia de signos y síntomas precoces de alerta indicativos de un compromiso del sistema hemodinámico (p.ej., disnea, disminución de la capacidad de realizar ejercicio, ortopnea, fatiga intensa, mareo, aturdimiento, edema, palpitaciones, disnea paroxística nocturna, ganancia repentina de peso). . Determinar el estado de volumen (si el paciente presenta hipervolemia, hipovolemia o normovolemia). . Monitorizar los signos y síntomas de problemas del estado de volumen (p.ej., distensión de las venas del cuello, elevación de la presión de la vena yugular interna, reflujo hepatoyugular positivo, edema, ascitis, crepitantes, disnea, ortopnea, disnea paroxística nocturna). . Determinar el estado de perfusión (si el paciente está frío, tibio o caliente). . Monitorizar la presencia de signos y síntomas de problemas del estado de perfusión (p.ej., hipotensión sintomática, frialdad de las extremidades incluidos los brazos y las piernas, aturdimiento o somnolencia constante, elevación de los niveles séricos de creatinina y BUN,
---	--	--	--

			<p>hiponatremia, presión diferencial reducida y presión del pulso proporcional del 25% o menor).</p> <ul style="list-style-type: none"> . Auscultar los sonidos pulmonares para ver si hay crepitantes u otros sonidos adventicios. . Saber que los sonidos pulmonares adventicios no son el único indicador de problemas hemodinámicos. . Auscultar los ruidos cardíacos. . Comprobar y registrar la presión arterial, la frecuencia y el ritmo cardíacos, y los pulsos. . Monitorizar el funcionamiento del marcapasos, si es adecuado. . Monitorizar la resistencia vascular pulmonar y sistémica, según corresponda. . Monitorizar el gasto cardíaco o índice cardíaco y el índice de trabajo sistólico ventricular izquierdo, según corresponda. . Administrar medicamentos inotrópicos/de contractilidad positivos. . Administrar medicación antiarrítmica, según corresponda. . Monitorizar los efectos de la medicación. . Observar los pulsos periféricos, el relleno capilar y la temperatura y el color de las extremidades. . Elevar el cabecero de la cama, según corresponda. . Colocar en posición de Trendelenburg, cuando se precise. . Observar si hay edema periférico, distensión de la vena yugular y sonidos cardíacos S3 y S4, disnea, ganancia de peso, así como distensión de órganos, sobre todo en los pulmones o el hígado. . Monitorizar la presión capilar pulmonar y la presión de enclavamiento de la arteria pulmonar, así como la presión venosa central y la presión de aurícula derecha, si corresponde. . Monitorizar los niveles de electrolitos. . Mantener el equilibrio de líquidos administrando líquidos i.v. o diuréticos, según el caso. . Administrar fármacos vasodilatadores o vasoconstrictores, si es preciso. . Vigilar las entradas y salidas, la diuresis y el peso del paciente, según corresponda. . Evaluar los efectos de la fluidoterapia. . Realizar un sondaje vesical, si corresponde. . Minimizar los factores ambientales estresantes. . Colaborar con el médico, según corresponda.
--	--	--	--

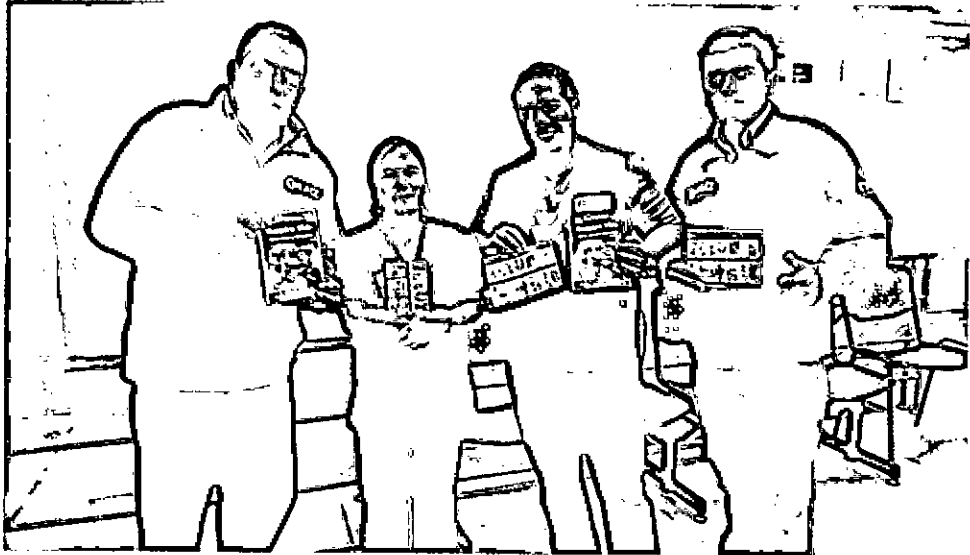
ANEXO 3
FOTOS



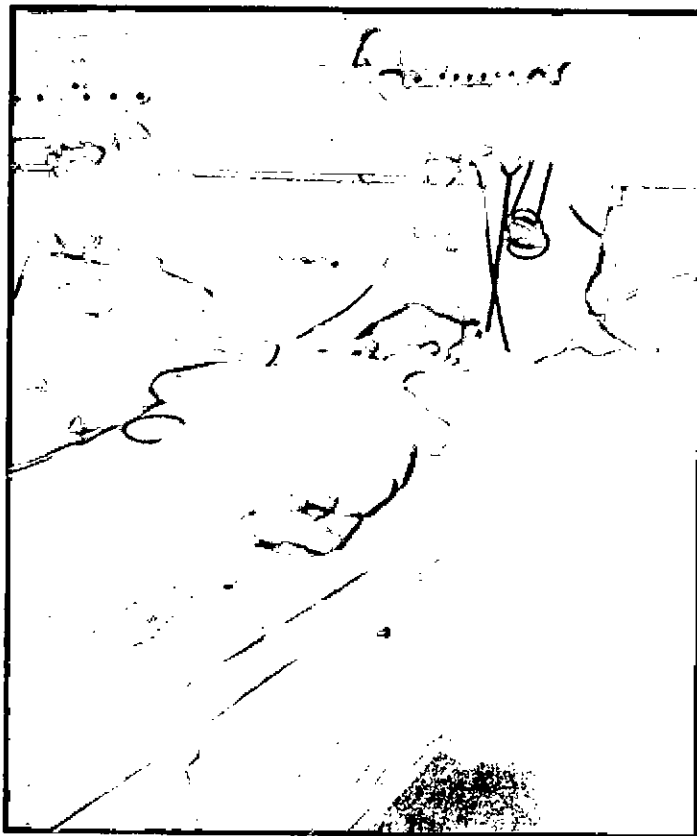
AMBIENTE PARA PACIENTES con Influenza de grado de Dependencia I y II



Capacitación a Personal de Enfermería e Internos



Capacitación a Familiares en Influenza



Cuidados de Enfermería a Paciente con Influenza



Vacunación a Personal de Emergencia contra la Influenza



Capacitación en el Uso de Mascarilla N95 como Medida de Prevención