

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DENGUE
CON SIGNOS DE ALARMA QUE INGRESAN AL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD PICHARI – CUSCO,
2021**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS
Y DESASTRES**

RUBEN EDWIN GUERRERO ASTORAY

**Callao - 2021
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO PRESIDENTA
- DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA SECRETARIO
- MG. NANCY CIRILA ELLIOTT RODRIGUEZ VOCAL

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 07

Nº de Acta: 53-2020

Fecha de Aprobación de Trabajo Académico: 11 de Noviembre del 2021

Resolución de Consejo de Facultad N° 602-2021-CF/FCS, de fecha 05 de noviembre del 2021, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

A mis padres, e hijo quienes me apoyaron incondicionalmente durante mis estudios de la especialidad, quienes son el motor de todas mis metas

Rubén Edwin

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme la fe y ser guía en mi vida

A mis amados padres, quienes son la razón de nuestra existencia. A nuestros compañeros del establecimiento de salud donde laboro, muchas gracias por su aliento, sugerencias y apoyo decidido.

A nuestros estimados docentes, quienes nos enseñaron con mucha dedicación y paciencia, que contribuyeron con la conclusión del trabajo académico.

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao y su equipo de directivos, asesores y tutores, quienes con su calidad académica han permitido materializar el trabajo académico.

El autor.

ÍNDICE

Introducción	02
Capítulo I. Descripción de la situación problemática	04
Capítulo II. Marco Teórico	08
2.1. Antecedentes	08
2.1.1 Antecedentes Internacionales	08
2.1.2 Antecedentes Nacionales	10
2.2 Bases teóricas	12
2.2.1 Modelos y teorías de Virginia Henderson	12
2.3 Bases Conceptuales	14
2.3.1 El dengue y su prevención	14
2.3.2 Aspectos epidemiológicos	15
2.3.3 Clasificación del dengue y manifestación clínica	17
2.3.4 Plan de cuidados de enfermería	19
Capítulo III. Desarrollo de actividades para el Plan de Mejoramiento	22
3.1 Plan de cuidado de enfermería	22
3.1.1 valoración	25
3.1.2 diagnóstico de enfermería	28
3.1.3 planificación	29
3.1.4 ejecución y evaluación	32
Conclusiones	35
Recomendaciones	36
Referencias bibliográficas	37
Anexos	41

INTRODUCCIÓN

En el universo muchas enfermedades emergentes que atemorizan la salud pública mundial son transmitidas por el “vector *Aedes Aegypti*” y constituyen un problema potencial cuyo alcance social y económico es asombroso (1).

La población de Pichari es el capital del distrito del mismo nombre, de la provincia de La Convención del departamento de Cusco, situado a los 614 msnm. Las principales poblaciones del distrito de Pichari Centro son: Alto Pichari, Bajo Pichari, Otari San Martín (donde se encuentra la comunidad de Ashánincas). Los casos de dengue en el distrito de Pichari, el Director de Inteligencia Sanitaria de la Red de Salud Kimbiri-Pichari, reporto el incremento a 17 casos, 13 casos en Villa Central, 2 en Valle Dorado y 2 en el sector Hormiga, además, reportó sobre la sospecha de nuevos casos. En los últimos años, se notificaron la presencia de “*Aedes aegypti* de dengue”. En los últimos años se ha reportado brotes de dengue en las poblaciones del distrito de Pichari (2).

El presente estudio académico titulado “Cuidados de enfermería en pacientes con “*Dengue*” con signos de alarma que ingresan al servicio de emergencia del Centro de Salud de Pichari-Cusco, 2021”, tiene por objetivo de describir los cuidados de enfermería en pacientes con signos de alarma de “*Dengue*” que ingresan al servicio de emergencia. Asimismo, el estudio contribuirá a identificar a tiempo el riesgo, lo cual es un paso muy importante para prevenir “el rebrote del virus de dengue en la población del distrito de Pichari” y disminuir el aumento de la transmisión, la estancia hospitalaria y mejorar así la calidad de vida de los pacientes con “*Dengue*”. El interés del estudio se da por los reportes de los altos índices aéptico (*Aedes aegypti*) relacionado a la proliferación del vector en la población de estudio.

Se realizó como parte de la experiencia profesional de más de 6 años como enfermero del servicio de emergencia del Centro de Salud de Pichari, este Centro actualmente brinda atención diferenciado con signos de alarma de “*Dengue*”, lo cual ha permitido la ejecución del Programa “Control y prevención de *Dengue*”, en un esfuerzo conjunto con el equipo multidisciplinario de salud y los familiares de los pacientes con signos de alarma de “*Dengue*”.

Para el desarrollo del presente estudio académico, se realizó un Plan de cuidados de un paciente que ingresa al servicio de emergencia, el cual contiene el proceso de enfermería con las cinco fases que son la valoración diagnóstico de enfermería planeación ejecución y evaluación. Es ocasión señalar que fue ejecutado durante el año 2021, y fue elaborado en su totalidad por el autor y será presentado a la jefatura del servicio en referencia para otros servicios del establecimiento, ya que se cuenta con suficiente evidencia de que se ha logrado reducir los índices de signos de alarma con “Dengue” durante la estancia hospitalaria de los pacientes.

Por último, se precisa que el estudio académico consta de las siguientes secciones; Capítulo I: descripción de la situación problemática, Capítulo II: marco teórico, Capítulo III: Desarrollo de actividades, para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, y una sección de anexos.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el dengue está considerado como un problema de salud pública mundial; considerado “como una enfermedad viral de carácter endémico, epidémico, causada por la picadura de un zancudo hembra infectado del género *Aedes*, fundamentalmente por *Aedes aegypti* que constituye hoy la arbovirosis, mundialmente el más importante en términos de morbilidad, mortalidad e impacto económico” (3). El “*Aedes aegypti*” es un mosquito peri domiciliario que habita en zonas tropicales y subtropicales, su multiplicación es por medio del mosquito hembra que deposita sus huevos por encima del líquido en recipientes con agua estancada de lugares sombreado. Mundialmente se considera que aproximadamente 2 500 millones de individuos habitan en zonas de riesgo de la enfermedad del dengue y más de 100 naciones han informado la presencia de esta enfermedad en su territorio (4).

En el año 2015 se reportaron 2350 000 casos tan sólo en la región de las américas, de ellos más de 10 y 200 casos fueron informados como dengue grave y produjeron 1 181 muertes. En el año 2016, la región de las américas notificó más de 2380 000 casos de infecciones del dengue y en Brasil hubo un poco más de 1 500 000, es decir cerca de 3 veces más que el año 2014. En 2017 ha ido reduciéndose el episodio de la enfermedad del dengue en las Américas notificándose 150,172 casos, cifra inferior a la registrada en el año anterior (4, 5).

La OMS ha planteado como objetivo la estrategia para prevenir y controlar el dengue en la región de las Américas en el año 2012, reducir la mortalidad en 50% y la morbilidad en al menos de 25% para el año 2020; mediante la estrategia de control anti vectorial elaborados por las naciones miembros de la Región de las Américas, en vista que el método más efectivo para prevenir la transmisión del virus del dengue, donde participaron los representantes del personal de salud de cada Estado y miembros capacitados de la OMS, donde se tomó en cuenta el diagnóstico y manejo de casos; vigilancia y preparación frente al brote, medidas de lucha anti

vectorial, así como los factores como el ordenamiento de las viviendas y la modificación del medio ambiente; eliminación de desechos sólidos y los posibles hábitat artificiales, optimizando la participación de la población en la vigilancia del control del vector y la eficacia de las medidas de control, porque el principal problema del aumento del *Aedes aegypti* es ecológica, deficiente disposición de hábitat artificiales y las inadecuadas manejos preventivos del vector (6).

En el Perú, hasta la Semana Epidemiológica (SE) del 12 de marzo de 2017 se aumentó en 11,4% más que el año anterior 2016, reportándose 9104 casos de dengue confirmados y probables, el 30,56% (2765 casos) fueron confirmados y el 69,5% (6329 casos) fueron casos probables; constituyendo una incidencia acumulada de 28,6% de casos por cada 1000 habitantes. El 88% de los casos de enfermedad del dengue en 2017 fueron notificados por los departamentos de Piura, Ica, Loreto, Ucayali, La Libertad, Ayacucho, Lambayeque y Cusco (7, 8).

La Región del Cusco no es ajena a esta problemática, mostrando un aumento de casos desde SE, 43 casos en noviembre del año 2016 hasta la actualidad en los distritos de Pichari y kimbiri; (7) en la SE 18 (mayo) del año 2017 se notificaron 613 casos probables de la enfermedad, de los cuales 292 fueron confirmados (9), En 2020, SE N° 46, casos confirmados fueron 28 casos de dengue con signos de alarma, 1626 dengue sin signos de alarma y 03 casos de dengue grave (10).

En el distrito de Pichari, los centros poblados de Pichari Centro, Alto Pichari, Bajo Pichari, Otari San Martín (donde se encuentra la comunidad de Ashánincas), son zonas más afectadas con el alto índice aédico. Cabe señalar que el vector ingresa al VRAEM y al distrito de Pichari en 2015 y los primeros casos aparecieron en el 2016 y casos con dengue con signos de alarma tales como hemorragias, vómitos y dolor abdominal aparecieron el año 2018.

Durante las visitas domiciliarios se advirtió que los habitantes viven hacinados en sus viviendas, las cuales cuentan con amplios espacios libres, donde se encuentran objetos inservibles como botellas vacías, llantas, latas exhibidas, los cuales en épocas de lluvias almacenan agua estancada generando criaderos potenciales para el incremento de la población larvaria del vector. Otro factor que interviene es

el inadecuado lavado de los recipientes, almacenamiento de agua en depósitos inseguros, tanto para uso doméstico, higiene o crianza de los animales, igualmente cuentan con maseteros consideradas propicio para el desarrollo del vector. Del mismo modo, los habitantes de esta zona no prestan atención comprometida durante las visitas realizadas por el personal de salud en las que se brinda la información sobre las medidas de control y prevención del dengue; en su mayoría los habitantes desconocen sobre el dengue y su vector, y el riesgo que significa para la salud si continua con impropios manejos preventivas, entonces el brote vírico es inminente (11).

Por otra parte, los habitantes señalan “no tener tiempo suficiente para ejecutar el ordenamiento de su vivienda y la búsqueda continua de criaderos potenciales para el vector *Aedes aegypti*, debido a que realizan trabajos en sus chacras las cuales se encuentran en zonas lejanas a su vivienda, por eso dejan sus viviendas abandonadas por unos días” (11).

Cabe resaltar que, en el primer semestre del presente año 2021, en el centro de salud de Pichari se han registrado 137 casos de dengue, de los cuales los casos de dengue con signos de alarma fueron 62 que ingresaron por emergencia y requirieron hospitalizarse.

De los 62 casos que ingresaron al servicio de emergencia la mayoría fueron por fiebre, dolor abdominal intenso, vómitos y sangrado mayormente por la nariz encías y poco frecuente por el oído y la vagina. Además, casi un tercio de los 62 casos con dengue con signos de alarma ingresaron finalizando la fase febril e iniciando la fase crítica es decir con un PAM menor a 60 y plaquetas debajo de 60 mil. Lo que requirio un monitoreo constante de la PAM para su hidratacion correspondiente con balance hídrico estricto y control de sangrado mediante la hemostasia. Y observación constante de signos de shock para evitar que se complique con el dengue grave.

Todo ello ha permitido que en el presente trabajo académico se presenten casos clínicos de pacientes con signos de alarma atendidos en el servicio de Emergencia del Centro de Salud de Pichari, este establecimiento pertenece al primer nivel de

atención de salud, complejidad I-4, se atiende las 24 horas del día; en el servicio de emergencia, la atención tuvo como metodología el proceso de enfermería. El proceso enfermero es el método que permite identificar y dar solución al problema; para la recopilación de datos, se identifican las capacidades y necesidades del sistema de adaptación humano, los pacientes seleccionados y orientados para proporcionarle el cuidado necesario y evaluar el resultado generado en él. Además, funciona como Centro de referencia del distrito y zonas de influencia de la ciudad de Pichari, con gran demanda de población de pueblos y/o comunidades aledañas como Puerto Mayo, Nuevo Tirincavini, Otari Colonos, Otari Nativos, Shankiwato, Yevanashi, Nogalpampa, etc.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio:

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Emmanuelle K, Doum D, Vanney K, Ly S, Bun Leng S, Vibol C, et al (2018). Investigaron “Conocimiento, actitudes y prácticas del dengue y su impacto en la comunidad, en el control de vectores en las zonas rurales de Camboya-2018”. **Objetivo.** “disminuir las tasas de mortandad en un 50% y la enfermedad en un 25% para 2020”. **Metodología.** Utilizaron el enfoque de gestión integrada de vectores utilizando métodos comunitarios adoptados al contexto local. Se encuestaron a 1200 hogares. **Resultados.** Los participantes tenían altos niveles de conocimiento sobre transmisión del dengue, los huevos de Aedes y los métodos de prevención de picaduras; la mayoría de los participantes creían que estaban en riesgo y que la transmisión del dengue es prevenible. Sin embargo, las prácticas de auto informadas de control de vectores no concordaron con las prácticas contempladas y anotadas en la encuesta. **Conclusión.** Es poco posible que una campaña educativa sobre prevención del dengue en este entorno con altos niveles de conocimiento tenga un efecto integral para el cambio de comportamiento (12).

Tener conocimientos sobre prevención de dengue en la población no significa que los casos de dengue vayan a disminuir en su comunidad porque simplemente unos realizaran la prevención correctamente otros medianamente bien y a muchos sencillamente no les interesa.

González DA (2016). “Estrategia de comunicación para la prevención y control del dengue mediante tecnologías móviles en la región de Apatlaco, Morelos 2016”. México. Instituto Nacional de Salud Pública. Escuela de Salud Pública de México. **Objetivo.** “Desarrollar una estrategia integral de prevención del dengue a través de las tecnologías de información y comunicación (TIC) para promover la participación comunitaria, la educación, la entomología y control epidemiológico en la región de

Apatlaco, Morelos”. **Metodología.** Enfoque mixto, con diseño cuasi experimental sin grupo control en donde una cohorte de 276 estudiantes se expuso a una estrategia móvil de comunicación basada en los tres ejes: educación, control entomólogo, vigilancia epidemiológica. **Resultados.** Usando aplicaciones móviles de Android los estudiantes jóvenes desarrollan habilidades para identificar y evaluar factores de riesgo, criaderos de vectores y desarrollar medidas de control de vectores (13).

Definitivamente con la tecnología de hoy que es el internet muchos pueden acceder a la información y por lo tanto los resultados pueden ser considerablemente positivo en la prevención del dengue.

Lazo MG. (2019), en su trabajo de investigación “Abordaje de pacientes con dengue con signos de alarma ingresados en el Hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa, Nicaragua”, el propósito es evaluar métodos para los pacientes con dengue ingresados en el Hospital Regional Juigalpa de Asunción”. Realizó un **estudio descriptivo**, evaluativo de corte transversal; utilizó una muestra de 63 pacientes, la información obtuvo del expediente clínico como fuente primaria. **Resultados:** los menores de 20 años fueron los más afectados, y los hombres y las zonas urbanas en posición dominante, el uso de UAF según Resolución Ministerial N° 176 es suficiente en términos de ingreso, sin embargo no cumplen con el artículo 147 sobre vigilancia durante su estadía e identificación temprana de señales de alerta. En cuanto al personal de enfermería, se observó que la mayoría del tiempo en las salas están vigilando (14).

El abordaje del paciente con dengue debe ser considerado como un paciente potencialmente grave cuya vigilancia de signos de alarma es vital para evitar sus complicaciones asimismo laboratorio tiene que estar dotado de todos los insumos.

Alvarado, et al. (2016), en su estudio “Caracterización clínica del dengue y variables predictores de gravedad en pacientes pediátricos en un hospital de segundo nivel en Chilpancingo, Guerrero, México”, encontró que el 42% de los pacientes fueron clasificados como dengue no grave. Hubo diferencias significativas entre los siguientes signos y síntomas entre los grupos de fiebre del

dengue: fiebre, dolor abdominal, epistaxis y recuento de plaquetas. El dengue grave se presentó en mayor frecuencia en pacientes de cuatro años de edad ($p < 0,05$). Identificaron los cuatro signos y síntomas clínicos: fiebre $\geq 39^{\circ}\text{C}$, mialgias, artralgias y dolor abdominal como predictores de la gravedad del dengue (15).

La población infantil no se exime de la enfermedad del dengue generalmente son los más vulnerables porque su sistema inmunitario no está desarrollado completamente y pueden cursar con casos de dengue con signos de alarma y/o complicarse.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Perales Carrasco JCT, Popuche Cabrera PL, Cabrejos Sampen G. Díaz – Vélez C. (2017), Estudiaron en Lambayeque -Perú “Perfil clínico, epidemiológico y geográfico de casos de dengue durante el fenómeno El Niño Costero 2017”. Con el **objetivo** de “describir Perfil clínico, epidemiológico y geográfico del dengue en la Red Es Salud Lambayeque, durante El Niño costero”. Emplearon como método el sistema de vigilancia epidemiológica. **Resultados**: 27,9% tuvieron edad promedio de $20,4 \pm 7.2$ años, 27,9% de procedencia Chiclayo, 52,9% fueron mujeres, 77% presentaron dengue sin signos de alarma, 1,5% fallecidos. De los 874 casos, 38,3% de casos fueron positivos 213 (63,5%) por laboratorio. La clínica más frecuente fue fiebre, cefalea, artralgia y mialgia. El signo de alarma más frecuente fue disminución de plaquetas (16).

La costa norte del Perú está influenciado por la corriente del niño trayendo estragos a su paso como desborde de ríos huaycos que son focos para la diseminación del dengue produciendo brotes en las zonas afectadas.

Campos SK, Corcino AY (2017). Estudiaron “Conocimiento y prácticas en la prevención y control del dengue, en pobladores del asentamiento Humano Santa Rosa Alta – Rímac – 2017”. Con el **objetivo** de “Determinar la relación del nivel de conocimiento y las prácticas en la prevención y control del dengue en pobladores del Asentamiento Humano Santa Rosa Alta – Rímac 2017”. **Metodología**. Usaron estudio descriptivo correlacional de corte transversal, con una muestra intencional.

Resultados. El 52,5% presentaron conocimiento medio, 40,4% alto, 7,1% bajo. El 100% de los pobladores desconocen donde se reproducen y cuál era la forma de evitar el dengue, el 61,6% no conocen que el zancudo es el que transmite el dengue, y el 53,5% no conocen el nombre del zancudo que transmite el dengue. El 62,6% de los pobladores presentan prácticas inadecuadas y 37,4% prácticas adecuadas. El 68,2% de los encuestados no barre el agua acumulada en casa, 58,1% no lava con detergente los recipientes donde almacena el agua, y el 54% no elimina los recipientes donde se acumulan el agua. **Conclusión.** Encontraron que existe una relación entre el nivel de conocimiento y el nivel de práctica de los residentes de AAHH Santa Rosa Alta en la prevención y control del dengue (17).

Definitivamente tener conocimientos sobre la prevención del dengue hará que la población tenga buenas prácticas para evitar brotes como recojo de inservibles, evitar acúmulos de agua y control físico del dengue.

Quispe K, Zevallos MA (2018). Investigó “Nivel de conocimiento y prácticas de medidas preventivas de dengue de los pobladores de Patria, Pilcopata, Cusco – 2018. **Objetivo.** Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y prácticas de medidas preventivas del dengue en los pobladores del Barrio Gallito de las Rocas, Patria, Pilcopata, Cusco 2018. **Metodología.** Estudio descriptivo, correlacional y transversal, con una muestra 65 responsables de familia conseguidos mediante el muestreo no probabilístico dirigido, para la recolección de los datos se utilizó como herramienta el test de conocimiento y guía de observación sobre las medidas preventivas, validadas por juicio de expertos. **Resultados.** 35,38% de los pobladores tienen edades de 26 a 35 años, 64,6% predomina el sexo femenino, 43,8% tiene grado de instrucción primaria; el 56,92% de los pobladores poseen nivel de conocimiento regular, 30,77% conocimiento deficiente, 12,31% nivel de conocimiento bueno. Por otro lado, encontraron 46,15% tienen prácticas deficientes, 36,92% prácticas regular y 16,92% tiene prácticas buenas. Obtuvieron que las variables muestran correlación directa ($p=0,01$), con una significancia $p<0,05$. **Conclusión.** El nivel de conocimiento está relacionado a las prácticas de medidas preventivas sobre dengue (18).

Se sabe que la región Cusco en su zona selvática es considerada como zona endémica del dengue y es crucial e imperante tener buenas prácticas de salubridad

para la prevención del dengue previa educación sensibilización y/o capacitación a sus pobladores.

2.2. Bases Teóricas.

2.2.1 Teoría de Virginia Henderson

Estableció la teoría basados en la identificación de las 14 necesidades humanas básicas que componen los “cuidados de enfermería”, estas necesidades consiguen o no satisfacerse por causa de una dolencia o en determinadas etapas del ciclo de vida, incidiendo en los factores físicos, psicológicos o sociales (19).

Para Henderson, “la enfermería debe centrarse en las necesidades de las personas o pacientes sanos, familias o comunidades, y utilizar métodos de trabajo sistemáticos como un proceso de atención de enfermería (PAE)”.

Para Henderson las 14 necesidades humanas básicas orientan las 5 etapas del proceso (20, 21):

a) **Fase de valoración:** “permite conocer las 14 necesidades básicas del paciente y sus posibles alteraciones”, estas son:

1. Respiración :respiración normal
2. Dieta : comer y beber adecuadamente.
3. Eliminación : eliminar los desechos corporales.
4. Movilización : moverse y mantener posturas estables.
5. Descanso : dormir y reposar.
6. Vestuario : elegir ropas adecuadas, ponerse y quitarse.
7. Termorregulación :mantener la temperatura corporal dentro de un rango normal ajustando la ropa y modificando el entorno.
8. Higiene :mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel.
9. Seguridad :evitar los peligros del ambiente y evitar lesionar a los demás.
10. Comunicación :comunicarse con los demás expresando

- emociones, necesidades, miedos y opiniones.
- 11. Adaptación : sentido de logro en el trabajo.
- 12. Recreación : jugar o cooperar en diversas formas de ocio.
- 13. .educación : aprender a descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a la salud y el desarrollo normal y utilizar las instalaciones sanitarias normales.
- 15. Religión : adorar según tus propias creencias.

- b) **Fase de diagnóstico:** se evalúa el grado de dependencia e independencia del paciente en relación a las necesidades básicas (20).
- c) **Fase de planificación:** Es un plan que responde a las necesidades del paciente, en ella se incorpora las funciones independiente, dependiente e interdependiente de la enfermería, además se incorpora las actividades que puede realizar el paciente y su familia (20).
- d) **Fase de ejecución:** es la aplicación del plan, donde la enfermería ayuda al paciente a realizar actividades para conservar su salud, recuperación de su dolencia o una muerte digna; en plan incluye los cuidados a la familia (20).
- e) **Fase de evaluación:** de acuerdo al grado de dependencia del usuario, teniendo en cuenta una orientación educativa oportuna por la enfermera, proporcionará que el paciente o su familia realice los cuidados necesarios de forma independiente (20).

Ámbito de aplicación:

- a) Hospitalario: “Será aplicado en ámbito hospitalario cuando la enfermería ayuda a las pacientes centradas en las necesidades teniendo en cuenta la dependencia e independencia del paciente, realmente proporciona los cuidados y lo realiza como acción específica” (21).
- b) Comunitario: “cuando incorpora a su familia o la comunidad que realicen los cuidados necesarios de manera independiente para permitir preservar la vida” (21).

Metaparadigmas:

- a) **Persona:** “Toda persona humana busca su independencia en la satisfacción de sus necesidades básicas y desea alcanzarlos, por lo tanto, es un complicado de 14 necesidades básicas que involucra las dimensiones biofisiológicas y psico-sociocultural” (21).
- b) **Cuidado:** “La enfermera ayuda a la persona a recuperar o mantener su independencia, supliéndole en aquello que no realiza por sí mismo” (21).
- c) **Entorno:** “Primero se consideraba al entorno como algo estático, sin embargo, se advierte que afecta positiva o negativa sobre el usuario, por lo que se recomienda a la enfermera que lo modifique de tal manera que promueva la salud” (21).
- d) **Salud:** “Se compara con la independencia de los individuos para satisfacer las 14 necesidades básicas, la satisfacción de estas necesidades es la que mantiene la integridad de la persona” (21).

La utilidad de la teoría de Henderson en el presente trabajo académico es que es un modelo que encamina la independencia y la satisfacción de las necesidades básicas de la persona aplicando el proceso de enfermería. Además, porque se ajusta en el área de emergencias puesto que se adecua meramente a sus necesidades fundamentales de cada individuo para su supervivencia.

2.3 Base conceptual

2.3.1 El dengue y su prevención

Es una enfermedad en forma de grandes epidemias, propagándose con rapidez afectando a gran número de personas en el curso de cada epidemia y reduciendo considerablemente la productividad laboral, pero, sobre todo, extinguiendo muchas vidas (22).

La fiebre del dengue es una enfermedad aguda causada por el virus llamado dengue virus del cual hay 4 serotipos diferentes (DENV-1, DENV-2, DENV.3, DENV.4), que se trasmite por un mosquito llamado *Aedes aegypti*. Como muchas

de las enfermedades producidas por el virus, puede no tener síntomas o traducirse en una serie de manifestaciones clínicas e incluso la muerte (23).

“El causante de la enfermedad es el dengue virus, éste pertenece al grupo de los arbovirus, (llamado así porque se transmite por artrópodos) a la familia de los flaviviridae, es de género flavivirus y especie dengue” (23).

Las partículas del virus del dengue tienen forma esférica con un diámetro entre 40 y 60 nanómetros. Tiene una envoltura formada por proteínas (proteínas E, principalmente y M) que rodea completamente la superficie del virus. El material genético está protegido por una nucleocápside circular simétrica poliédrica; el diámetro del núcleo es de 25-30 nm (23).

- **Aspectos epidemiológicos**

“El mosquito *Aedes aegypti* es el causante de transmitir varias enfermedades como el dengue y la fiebre amarilla entre otros” (22). El vector es un artrópodo que transfiere el patógeno desde la fuente de infección al huésped susceptible.

“El *Aedes aegypti*, tiene dos etapas completamente diferentes en su ciclo de vida: la etapa acuática con tres formas evolutivas diferentes (huevo, larva y pupa) y la etapa aérea o de adulto o mago” (22).

La hembra de estos vectores es hematófaga, es decir chupan sangre y es en ese momento cuando transmiten los virus causantes de la enfermedad. Los machos se alimentan de néctares de plantas que se encuentran a su alrededor; a menudo se aparean cerca de las fuentes de alimentación de las hembras. Están preferentemente asociados con el hábitad de los humanos (23).

El tiempo activo para las picaduras de mosquitos es el tiempo de luz solar de baja intensidad generalmente al amanecer (6:00 a 8:00 hrs) o antes del anochecer (17:00 a 19:00 hrs). Las curvas de actividad alimentaria muestran que hay dos periodos de mayor actividad, más durante el alba que por las noches. Sin embargo, la dieta puede adaptarse a la posibilidad de obtener sangre de los residentes de la casa, incluso de noche y durante el día (24).

La vida útil de los mosquitos se ve afectada por las características climáticas (principalmente temperaturas tropicales), porque regulan sus actividades de alimentación, reproducción y descanso. A una temperatura inferior a 4°C o superior a los 40°C generalmente no sobreviven. Los mosquitos *Aedes aegypti* viven en promedio de 15 a 30 días en condiciones naturales y su ciclo de desove es de aproximadamente cada tres días (24).

Los mosquitos del dengue viven en hogares, habitaciones cerradas y otros lugares oscuros. Afuera, eligen lugares frescos y sombreados. Las hembras ponen los huevos en el agua acumulada dentro y en los alrededores de las casas, escuelas, etc. (23). Se colocan en varios recipientes ya sea al sol o a la sombra, el agua se acumula en estos recipientes de forma accidental o deliberada.

- **Modos de transmisión**

La transmisión de la enfermedad es indirecta, a través del vector biológico, *Aedes aegypti*, Se realiza por la picadura de una hembra infectada, que ha adquirido el virus causal al ingerir la sangre de una persona con dengue y picar a otras personas, que a su vez enferman, con lo que la cadena se perpetúa (24). Del momento en que transmite el virus, éste pasa por un proceso de incubación que tarde aproximadamente 15 días, durante este tiempo el paciente no presenta ningún tipo de síntoma.

No se transmite directamente de una persona a otra. Los enfermos suelen infectar a los mosquitos desde el día anterior hasta el final del periodo febril, en promedio de unos 5 días. El mosquito se vuelve infectante de 8 a 12 días después de alimentarse con la sangre, así continua durante toda su vida (24).

La enfermedad puede presentarse en una forma leve como dengue clásico, en una forma más grave como el dengue hemorrágico o el síndrome de choque por dengue en su forma más grave.

Las manifestaciones varían desde un proceso asintomático, a la fiebre indiferenciada o el dengue clásico llamado *fiebre rompehuesos*, al dengue hemorrágico.

- **Clasificación clásica de dengue y manifestación clínica**

1. **Dengue clásico**

Las manifestaciones dependen de la edad del paciente. Los lactantes y preescolares pueden sufrir una enfermedad febril indiferenciada con erupción máculo – papular (25). Los niños mayores y los adultos pueden tener una enfermedad febril de intensidad variable que puede asociarse a cefalea o vómitos, así como dolores en el cuerpo (24).

La fiebre puede ser alta y presentarse repentinamente, hay dolor intenso de músculos, articulaciones, huesos, cabeza y ojos, algunos enfermos pueden presentar salpullidos en tronco, brazo y piernas, sangrado de encías, oídos y en otras partes del cuerpo, también puede presentarse la pérdida del sentido del gusto y del apetito.

2. **Dengue hemorrágico**

Los síntomas más frecuentes son: temperatura súbitamente alta de 2 a 7 días, sangrado en diferentes partes del cuerpo (nasales, bucales o gingivales), dificultad respiratoria, inflamación en la cara, enrojecimiento de la cara, vómitos o diarrea, alteraciones en la presión, falta de apetito, palidez, sudoración y sueño, sed exagerada, llanto continuo, desvanecimiento, piel de torna pegajosa, fría y pálida, presencia de insomnio e inquietud (26).

- **Medios de diagnóstico**

El diagnóstico de la fiebre del dengue combina las características clínicas de la enfermedad y los estudios serológicos para confirmar la presencia de anticuerpos o la identificación de los serotipos del virus del dengue (27).

- **Prevención del dengue**

A pesar de los conocimientos acumulados sobre la enfermedad y su patogenia y los avances en el desarrollo de vacunas, el control del mosquito vector aún continúa siendo la herramienta eficaz para controlar la transmisión (27).

La OMS y OPS han establecido cuatro elementos básicos que son necesarios para controlar el dengue (28):

- La voluntad política de los gobiernos
- La coordinación intersectorial
- La participación activa de la comunidad.
- El fortalecimiento de las leyes sanitarias nacionales.

La nueva generación de programas de prevención y control del dengue en América respalda estos principios, complementado con acciones encaminadas a lograr la adecuada vigilancia y control de la transmisión con un enfoque eco sistémico.

2.3.2 Clasificación del dengue, recomendada por la OMS

La OMS clasifica el dengue en dos categorías: dengue, con o sin signos de alerta, y dengue grave. Esta clasificación es para que los profesionales de la salud seleccionen pacientes para su ingreso hospitalario, a fin de someterlos a observación directa para reducir al mínimo el riesgo de que evolucione hacia formas más grave de dengue (30).

- **Dengue sin signos de alarma**

Es un cuadro clínico muy heterogéneo, acompañada desde un signo febril indeterminado hasta formas propias del cuadro, los pacientes pueden presentar estos síndromes durante varios días para pasar a la convalecencia que puede durar varias semanas. “Se acompaña de los siguientes dos síntomas en la etapa febril: dolor de cabeza muy severo, dolor detrás del globo ocular, dolor muscular y articular, náuseas, vómitos, agrandamiento de ganglios linfáticos, sarpullidos” (30).

- **dengue con signos de alarma**

Después de la caída de la fiebre el paciente puede evolucionar favorablemente o desfavorablemente apareciendo los signos de alarma como son dolor abdominal intenso y permanente, vómitos persistentes, acumulación clínica de líquidos, sangrado de las mucosas, hepatomegalia y plaquetopenia ante esta situación la conducta es hospitalizar al paciente.

- **Dengue grave**

Es cuando el paciente entra a una fase crítica por lo general de 3 a 7 días después de haber iniciado la enfermedad. “Esta etapa es una complicación potencialmente mortal porque implica pérdida de plasma, acumulación de líquidos, dificultad respiratoria, hemorragia grave o insuficiencia orgánica. El médico buscará los signos de alerta como: dolor abdominal intenso, vómitos persistentes, respiración acelerada, hemorragia en las encías, fatiga, agitación, presencia de sangre en vómito” (30).

Además, los especialistas de la OMS indican, “si los pacientes presentan los signos mencionados durante la fase crítica, debe someterse a una observación escrupulosa en las 24 a 48 horas siguientes, para brindar los cuidados adecuados y evitar otras complicaciones y el riesgo de muerte” (30).

2.3.3 Plan de cuidados estandarizado (PLACE): Fiebre por dengue y fiebre dengue grave

Hoy en día, más de la mitad del planeta tierra está en riesgo de adquirir dengue, principalmente en las poblaciones tropicales y subtropicales. En algunos países de Asia y América latina, el dengue grave causa enfermedad y la muerte en los niños, principalmente (31).

OPS señala (32):

“No existe un tratamiento específico para el dengue o el dengue grave, pero la detección temprana y la atención médica adecuada pueden reducir la tasa de mortalidad a menos del 1%. La prevención y el control del dengue dependen completamente de medidas efectivas de control de vectores, incluida la protección personal, medidas continuas del control de vectores y control químico”.

Cuidados de enfermería a pacientes con dengue con signos de alarma:

Según la nueva guía de la OMS, se establecen grupos terapéuticos: son

Grupo A: son de pacientes que deben ser enviados a su casa por no presentar alteraciones hemodinámicas, no pertenecen a un grupo de riesgo ni signos de alarma, se debe recomendar ingesta de líquidos orales Para prevenir la deshidratación y aliviar el dolor y la fiebre con antipiréticos (no aspirina, antiinflamatorios no esteroides) en vista que estos medicamentos pueden agravar la hemorragia asociada con estas infecciones (30).

Grupo B: pacientes con signos de alarma o que pertenecen al grupo de riesgo, estos pacientes necesitan hospitalización por lo menos 72 horas y debe cumplir lo siguiente (30):

- Control de signos vitales cada 4 y 6 horas.
- Control del PAM cada cuatro horas
- Control de temperatura con medios físicos. Administración de antipiréticos (excepto aspirina).
- Administración de soluciones isotónicas como cloruro de sodio al 9 por mil o lactato de ringer.
- Reposos en cama.
- Mantener buena higiene corporal.
- Control de diuresis
- Control y cuantificación del sangrado
- Control de BHE
- Vigilancia estricta de signos de alarma
- Reportar al médico los resultados de exámenes como Hematocrito y plaquetas.

Grupo C: Cuidados de enfermería a pacientes con dengue grave, son pacientes con diagnóstico de dengue grave, que requieren manejo en

Unidad de Cuidados Intensivos y debe cumplir las siguientes actividades (30):

- Monitoreo de funciones vitales cada 30 minutos (frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial y temperatura).
- Control de temperatura con medios físicos o administración de antipiréticos de acuerdo a indicaciones médicas.
- Mantener vía venosa permeable.
- Mantener buena hidratación parenteral.
- Administración de medicamentos de acuerdo a la prescripción médica, excepto heparina, corticoides, antivirales e inmunoglobulinas.
- Realizar balance hídrico.
- Control de diuresis horaria.
- Administración de oxígeno de acuerdo a indicaciones médicas.
- Administración de inotrópicos según prescripción médica.
- Observar sitios de sangrado.
- Administración de elementos sanguíneos de acuerdo a indicaciones médicas.
- Colocar colchón anti escara.
- Cambios de posiciones.
- Comunicar al médico sobre resultados de exámenes: hematocrito, plaquetas y hemograma.

CAPÍTULO III

DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA

I. VALORACIÓN

DATOS DE FILIACIÓN

Paciente	:	F.P.Y
Sexo	:	Femenino
Edad	:	53 años
FN	:	30/03/1968
HC	:	10831
Estado civil	:	Casada
Ocupación	:	Docente
Domicilio	:	Pichari parque industrial
Fecha de ingreso	:	21/06/2021
Forma de ingreso	:	En silla de Rueda
Fecha de valoración	:	22/06/2021
Fuente de información	:	Familiares
Peso	:	66
Talla	:	1.49

1.1 MOTIVO DE CONSULTA

Paciente adulta, ingresa por emergencia el día 22 de junio 2021 por alza térmica dolor moderado y sangrado nasal

1.2 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente ingresa a emergencia el día 22 de junio del 2021, en silla de ruedas, acompañado por familiares con alza termica dolor moderado, sensación nauseosa y sangrado nasal en regular cantidad más o menos 10cc

1.3 ANTECEDENTES

1.4.1. ANTECEDENTES PERINATALES

No refiere.

1.4.2. ANTECEDENTES FAMILIARES

No refiere

1.4.3. ANTECEDENTES PERSONALES

Niega alergias

1.4.4. ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES

Problema en el trabajo y familia

1.4 EXAMEN FISICO

1.5.1. Control de signos vitales

PA : 90/40 mmhg

FC : 90 X´

FR : 22 X´

T° : 38.8

SAT O2 : 97%

1.5.2. Exploración céfalo caudal

Paciente se encuentra en posición de cubito dorsal, quejombroso

Piel : Pálida.

Cabeza : Normocefálica

Ojos : Con pupilas, isocóricas, fotorreactivas,

Nariz : Tabique alineado, mediana, sin lesiones

Oídos : Buena implantación, buena audición

Boca : Pequeña, sin lesiones,

Cuello : Cilíndrico, simétrico, móvil, tiroides no palpable, no masas.

Tórax : Simétrico,

Corazón : Ritmos cardiacos regulares, taquicardia

Pulmones : No ruidos agregados

Mamas : Simétricas sin lesiones ni secuelas.

Abdomen : Blando deprecible

Columna vertebral : Normal

Extremidades : Superiores e inferiores simétricas

1.6. EXÁMENES AUXILIARES

HEMOGRAMA	RESULTADOS
Leucocitos	4,500/mm ³
Hemoglobina	11.22 g/dl
Hematocrito	34%
Glucosa	97 mg/dl
Plaquetas	45000
Abastionados	0 %
Segmentados	58%
Eosinófilos	2%
Basófilos	2%
Monocitos	0%
Linfocitos	40%

1.7. INDICACIÓN TERAPEUTICA

DROGA	DOSIS	VÍA
Cloruro de sodio al 9%	35 gotas/min	EV
Ranitidita	50mg c/8 horas	EV
Dimenhidrinato.	50 mg c/vomit ϕ 50 mg	EV EV
Paracetamol	1 gramo c/6 horas	VO
	TRATAMIENTO	
CONTROL DE PRESION ARTERIAL	C/4 horas	
BHE	C/24hrs	-----
CFV	C/4hrs	-----
DIETA:	NPO	-----

1.8. VALORACIÓN SEGÚN MODELO DE CLASIFICACION DE DOMINIOS Y CLASES

➤ DOMINIOS Y CLASES

➤ DOMINIOS ALTERADOS.

- **DOMINIO II. NUTRICIÓN**
Clases 5. Hidratación
Dx. de enfermería
Riesgo de pérdida de volumen de líquidos R/C perdida excesiva
(Hipertermia diaforesis náuseas vómitos)

- **DOMINIO XI. SEGURIDAD Y PROTECCIÓN**
Clases 6. Termorregulación
Dx. de enfermería
Hipertermia R/C enfermedad

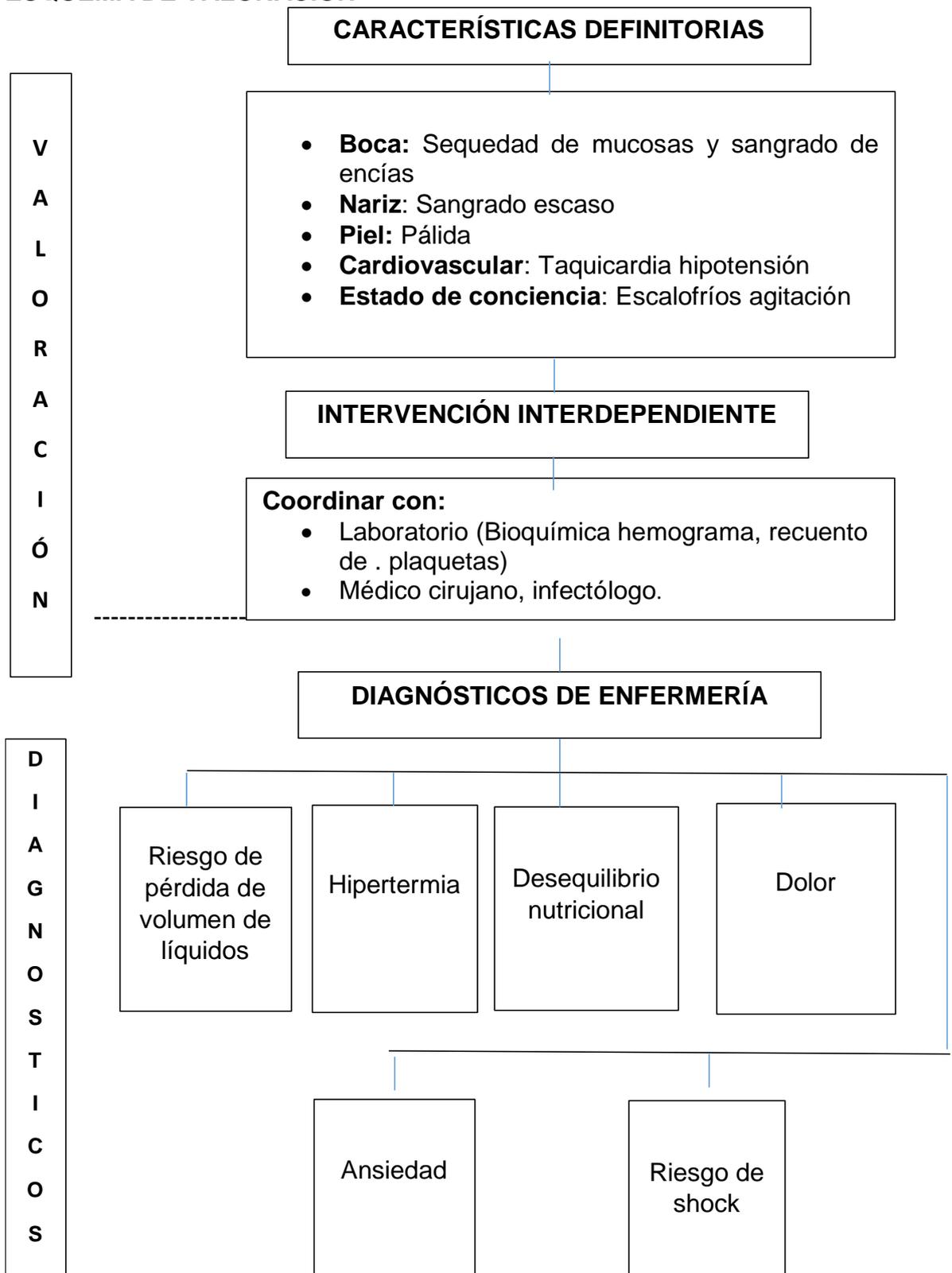
- **DOMINIO II. NUTRICIÓN**
Clase 1. Ingestión
Dx. de enfermería
Desequilibrio nutricional R/C incapacidad para ingerir los alimentos.

- **DOMINIO XII. CONFORT**
Clase 1. Confort físico:
Dx. de enfermería
Dolor R/C agentes lesivos biológicos

- **DOMINIO IV. ACTIVIDAD REPOSO**
Clase 4. Cardiovascular pulmonar:
Dx. de enfermería
Riesgo de shock R/C hipotensión e hipovolemia

- **DOMINIO IX. AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRES**
Clase 2. Respuesta de afrontamiento
Dx. de enfermería
Ansiedad R/C cambios en el estado de salud

1.9. ESQUEMA DE VALORACIÓN



II. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

2.1. LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS

Hipertermia 38.8°C sangrado nasal dolor de cuerpo fatiga ansiedad presión arterial 90/40 mmhg

2.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS

- Riesgo de pérdida de volumen de líquidos
- Hipertermia
- Desequilibrio nutricional
- Dolor
- Riesgo de shock
- Ansiedad

2.3. ESQUEMA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNÓSTICO
Náuseas vómitos PA 90/50	Perdidas excesivas a través de vías normales (hipertermia náuseas vómitos)	PA 90/50 náuseas vómitos	Riesgo de pérdida de volumen líquidos R/C pérdidas excesivas a través de vías normales (hipertermia náuseas vómitos)
Hipertermia	Enfermedad	T 38.8°C la piel se siente caliente y sonrojado	Hipertermia R/C enfermedad
Pérdida de apetito náuseas	Incapacidad de ingerir los alimentos	Pérdida de apetito náuseas dolor abdominal	Desequilibrio nutricional R/C incapacidad para ingerir los alimentos
Dolor	Agentes lesivos biológicos	Cambios en la presión arterial sensación de malestar que se refleja en el rostro	Dolor R/C agentes lesivos biológicos
PAM menor a 60	Hipotensión hipovolemia	Piel fría y sudorosa náuseas	Riesgo de shock R/C hipotensión hipovolemia
Paciente ansiosa inquieta	Cambios en el estado de salud	Manifiesta preocupación y voz entrecortada	Ansiedad R/C cambios en el estado de salud

III. PLANIFICACIÓN

3.1. ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de déficit de líquidos R/C pérdidas excesivas a través de vías normales (hipertermia náuseas vómitos) E/P sequedad de las mucosas de la boca, disminución de la tensión arterial disminución de la diuresis y sed 	<ul style="list-style-type: none"> General Se lograra el equilibrio de líquidos y electrolitos Específicos La paciente no mostrara sequedad de la mucosa la tensión arterial se restablecerá así como la diuresis 	<ul style="list-style-type: none"> manejo de líquidos y electrolitos Manejo de la diuresis Control de presión arterial cada 4 horas Balance hídrico estricto Manejo de la alza térmica corporal por medios físicos y antipiréticos 	<ul style="list-style-type: none"> Hay ausencia de signos y síntomas de tensión arterial baja El paciente tiene una diuresis normal Hay ausencia de alza térmica El paciente tiene una presión arterial normal
<ul style="list-style-type: none"> Hipertermia R/C enfermedad E/P aumento de la temperatura del cuerpo piel enrojecida, taquicardia, taquipnea 	<ul style="list-style-type: none"> General el paciente lograra una temperatura normal con apoyo del personal de salud La paciente lograra una regulación homeostática 	<ul style="list-style-type: none"> Manejo de la fiebre con antipiréticos Regulación de la temperatura Cuidados que apoyan la termorregulación como medios físicos 	<ul style="list-style-type: none"> Hay ausencia de fiebre La paciente no presenta signos de hipertermia

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Desequilibrio nutricional R/C incapacidad para ingerir los alimentos E/P pérdida de apetito náuseas dolor abdominal 	<ul style="list-style-type: none"> • General la paciente lograra un equilibrio nutricional • Específicos la paciente lograra una ingestión alimentaria normal 	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de la nutrición en un inicio con dieta líquida después con una dieta blanda y completa • Apoyo en la alimentación como es de a poco lo que logre tolerar • Cuidados que apoyan una postura cómoda del paciente como sentado 	<ul style="list-style-type: none"> • Hay ausencia de desequilibrio nutricional
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor R/C agentes lesivos biológicos E/P cambios en la presión arterial frecuencia cardiaca conducta expresiva y manifestación verbal 	<ul style="list-style-type: none"> • General la paciente lograra controlar el dolor 	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo del dolor a través de analgésicos • La paciente tiene que estar en reposo evitar movimientos bruscos • Manteniendo el equilibrio homeostático se lograra controlar el dolor • Tener un ambiente confortable exento de estridencia • Poner música relajante en sesiones esporádicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de dolor • Temperatura corporal normal • Presión arterial normal

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Riesgo de shock R/C hipotensión e hipovolemia E/P piel fría y sudorosa náuseas dolor abdominal palidez caída de la presión arterial</p>	<ul style="list-style-type: none"> • General la paciente no presentara signos de shock • Específicos La paciente lograra una perfusión tisular estable 	<ul style="list-style-type: none"> •Prevención del shock a través de una vía periférica catéter número 18 con CI Na 9/mil o poligelina •Controlar la perfusión tisular a través del PAM y goteo adecuado •Control de la hemorragia nasal a través del taponamiento nasal •Manejo del ácido básico mediante control del AGA •Manejo de líquidos y electrolitos •Control de plaquetas cada 24 horas 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de signos de shock hipovolémico • La paciente se muestra hemodinámicamente estable FR : 20/m FC : 80/m, PAM: 66 , T : 36.9°C
<p>Ansiedad R/C cambios en el estado de salud E/P manifestación de su preocupación voz entrecortada etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • General la paciente lograra un nivel de ansiedad estable 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar los niveles de ansiedad en la paciente • Ayudar a la paciente a erradicar sentimientos estresantes • Brindar soporte emocional escuchando sus problemas y creencias • Interconsulta con psicología 	<ul style="list-style-type: none"> • La paciente disminuye su grado de ansiedad • Ausencia de signos de ansiedad

IV. EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

4.1. REGISTRO DE ENFERMERÍA:

S	<ul style="list-style-type: none"> • La paciente refiere sangrado nasal alza térmica no cuantificada escalofríos dolor en todo el cuerpo asimismo nauseas falta de apetito y desgano
O	<ul style="list-style-type: none"> • La paciente ingresa a emergencia el día 22 de junio del 2021 en silla de ruedas presenta escalofríos sangrado por la nariz y sangrado leve por encías
A	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de déficit de líquidos R/C perdidas excesivas a través de vías normales(hipertermia náuseas vómitos) E/P sequedad de las mucosas de la boca, disminución de la tensión arterial disminución de la diuresis y sed • Hipertermia R/C enfermedad E/P aumento de la temperatura del cuerpo piel enrojecida, taquicardia, taquipnea • Desequilibrio nutricional R/C incapacidad para ingerir los alimentos E/P pérdida de apetito náuseas dolor abdominal • Dolor R/C agentes lesivos biológicos E/P cambios en la presión arterial frecuencia cardiaca conducta expresiva y manifestación verbal • Riesgo de shock R/C hipotensión e hipovolemia E/P piel fría y sudorosa náuseas dolor abdominal palidez caída de la presión arterial • Ansiedad R/C cambios en el estado de salud E/P manifestación de su preocupación voz entrecortada etc.
P	<ul style="list-style-type: none"> • Se lograra el equilibrio de líquidos y electrolitos • La paciente no mostrara sequedad de la mucosa la tensión arterial se restablecerá así como la diuresis • La paciente lograra una temperatura normal con apoyo del personal de salud • La paciente lograra una regulación homeostática • La paciente lograra un equilibrio nutricional • La paciente lograra una ingestión alimentaria normal • La paciente lograra controlar el dolor • La paciente no presentara signos de shock • La paciente lograra una perfusión tisular estable • La paciente lograra un nivel de ansiedad estable
I	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de líquidos y electrolitos

	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de la diuresis • Control de presión arterial cada 4 horas • Balance hídrico estricto • Manejo de la alza térmica corporal por medios físicos y antipiréticos • Manejo de la fiebre con antipiréticos • Regulación de la temperatura • Cuidados que apoyan la termorregulación como medios físicos • Manejo de la nutrición en un inicio con dieta líquida después con una dieta blanda y completa • Apoyo en la alimentación como es de a poco lo que logre tolerar • Cuidados que apoyan una postura cómoda del paciente como sentado • Manejo del dolor a través de analgésicos • La paciente tiene que estar en reposo evitar movimientos bruscos • Manteniendo el equilibrio homeostático se lograra controlar el dolor • Tener un ambiente confortable exento de estridencia • Poner música relajante en sesiones esporádicas • Prevención del shock a través de una vía periférica catéter número 18 con Cl Na 9/mil o poligelina • Controlar la perfusión tisular a través del PAM y goteo adecuado • Control de la hemorragia nasal a través • Del taponamiento nasal • Manejo del ácido básico mediante control del AGA • Manejo de líquidos y electrolitos • Control de plaquetas cada 24 horas • Valorar los niveles de ansiedad en la paciente • Ayudar a la paciente a erradicar sentimientos estresantes • Brindar soporte emocional escuchando sus problemas y creencias • Interconsulta con psicología
E	<ul style="list-style-type: none"> • Hay ausencia de signos y síntomas de tensión arterial baja • La paciente tiene una diuresis normal • Hay ausencia de alza térmica • La paciente tiene una presión arterial normal • Hay ausencia de fiebre • La paciente no presenta signos de hipertermia • Hay ausencia de desequilibrio nutricional • Ausencia de dolor • Temperatura corporal normal

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• Presión arterial normal• Ausencia de signos de shock hipovolémico• La paciente se muestra hemodinámicamente estable FR : 20/m
FC : 80/m, PAM: 66 , t : 36.9°c• La paciente disminuye su grado de ansiedad• Ausencia de signos de ansiedad |
|--|---|

CONCLUSIONES

1. Los casos de dengue con signos de alarma constituyen un problema de salud pública en el Perú es fundamental reconocer los primeros signos para su manejo oportuno y correcto.
2. Los servicios de emergencia de los establecimientos de salud deben contar con guías de atención para un manejo oportuno y adecuado de casos de dengue que ingresan al servicio de emergencia.
3. El dengue con signos de alarma es una situación médica que requiere un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno es imprescindible el monitoreo constante de la presión arterial y control de plaquetas para evitar complicaciones.
4. Los profesionales de enfermería deben estar ampliamente capacitados para el reconocimiento de los signos de alarma y su intervención oportuna.

RECOMENDACIONES

1. Gestionar mediante la jefatura del centro de salud pichari un ambiente exclusivo para el manejo o internamiento de pacientes con dengue
2. Reorganizar el servicio de emergencia del centro de salud pichari para pacientes en observación con dengue con signos de alarma
3. Realizar talleres de capacitación sobre el diagnóstico diferencial de casos de dengue a todo el equipo de salud
4. Sensibilizar a la población del distrito de pichari sobre la importancia de la prevención del dengue como el control vectorial y recojo de inservibles
5. Reorganizar el servicio de emergencia del centro de salud pichari con profesionales idóneos y/o especialistas en el área para evitar complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Lavezzo LC, et al. Arboviruses in blood donors: a study in the Amazon region and in a small city with a dengue outbreak. *Transfus Med*, 2010. 20(4): p.278-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20149157/>
2. Gobierno Regional de Cusco. Alerta Epidemiológica N° 002-2014: Presencia del *Aedes aegypti* y potencial riesgo de Dengue en el distrito de Pichari, provincia la Convención. Disponible en: <http://www.diresacusco.gob.pe/inteligencia/epidemiologia/alerta/...>
3. MINSA. Guía de práctica clínica para la atención de casos de dengue en el Perú. Lima. 2017. Disponible en: <http://www.gob.pe/uploads/document/file/173790/-071-2017-MINEDU...>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Dengue y dengue grave – World Health Organization. 2019. Disponible en: <https://apps.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/es/index.html>
5. Campos SK, Corcino AY. Conocimientos y prácticas en la prevención y control de Dengue, en pobladores del Asentamiento Humano Santa Rosa Alta-Rímac. Universidad Privada Norbert Wiener – 2017. Disponible en: <http://www.repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/...>
6. MINSA, OMS. Directrices para la prevención y control de *Aedes aegypti*, 2016. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/...>
7. Castañón M. Situación Epidemiológica de Dengue en el Perú BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DEL PERÚ SE 12-2017. P. 356-358. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2017/12.pdf>
8. Barrera BKI, Briones ARA. *Nivel de conocimiento y práctica de medidas de prevención sobre dengue en las familias de Wichanzao _ L a Esperanza* Universidad Privada Antenor Orrrego, Trujillo- Perú 2017. Disponible en: <http://www.repositorio.upao.edu.pe/bitstream/ypaurep/1/...>
9. DIRESA. Alerta Epidemiológica N° 004 -Presencia del *Aedes aegypti* y potencial riesgo de Dengue y Chikunguya en el distrito de Kosñipata, de la

- provincia de Paucartambo, Cusco - 2014. Disponible en: <http://www.diresacusco.gob.pe/inteligencia/epidemiologia/alerta/alerta2014/...>
10. Gobierno Regional de Cusco. Situación epidemiológica del dengue en la Región Cusco. Casos confirmados de dengue, 2020, hasta la semana epidemiológica N° 46. Disponible en:
 11. Gobierno Regional de Cusco. Alerta Epidemiológica N° 002-2014: Presencia del *Aedes aegypti* y potencial riesgo de Dengue en el distrito de Pichari, provincia la Convención. Disponible en: <http://www.diresacusco.gob.pe/inteligencia/epidemiologia/alerta/...>
 12. Emmanuelle K, Doum D, Vanney K, Ly S, Bun Leng S, Vibol C, et al. "Conocimiento, actitudes y prácticas del dengue y su impacto en la comunidad, en el control de vectores en las zonas rurales de Camboya-2018". Disponible en: <http://www.doi.org/10.1371/journal.pntd.0006268>
 13. González DA. "Estrategia de comunicación para la prevención y control del dengue mediante tecnologías móviles en la región de Apatlaco, Morelos 2016". México. Instituto Nacional de Salud Pública. Escuela de Salud Pública de México. Disponible en: <http://www.cataloinsp.mx/files/tes/054971.pdf>
 14. Lazo MG. "Abordaje de pacientes con dengue con signos de alarma ingresados en el Hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa, Nicaragua 2019". Universidad Autónoma de Nicaragua. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/13503/>
 15. Alvarado-Castro VM, Ramírez-Hernández E, et al. "Caracterización clínica del dengue y variables predictoras de gravedad en pacientes pediátricos en un hospital de segundo nivel en Chilpancingo, Guerrero, México", 2016. vol.73, n.4, pp.237-242. ISSN 1665-1146. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1665-11462016000400237&lng=es&nrm=iso
 16. Perales Carrasco JCT, Popuche Cabrera PL, Cabrejos Sampen G. Díaz – Vélez C. "Perfil clínico, epidemiológico y geográfico de casos de dengue durante el fenómeno El Niño Costero 2017, Lambayeque Perú. Rev. Haban

Cienc. Méd. 2018, Disponible en:

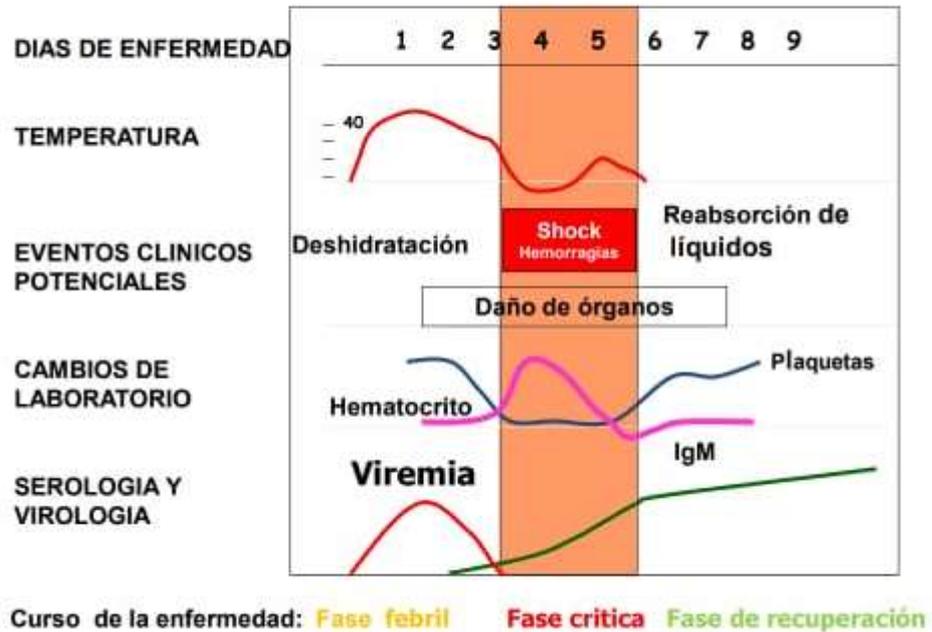
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revhabciemed/hcm-2019/hcm191j.pdf>

17. Campos SK, Corcino AY. “Conocimiento y prácticas en la prevención y control del dengue, en pobladores del asentamiento Humano Santa Rosa Alta – Rímac – 2017”. Disponible en: <http://www.repositorio.uqiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/...>
18. Quispe K, Zevallos MA. “Nivel de conocimiento y prácticas de medidas preventivas de dengue de los pobladores de Patria, Pilcopata, Cusco – 2018”. (tesis profesional) Disponible en: <http://www.repositoio.unsssc.edu.pe/handle/UNSAAC/4352>
19. Fernández ML. “Bases históricas y Teorías de la Enfermería” Universidad de Cantabria. Disponible en: <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1149/course/section/1385/Enfermeria-Tema12.pdf>
20. Bellido JC, Ríos A, Fernández S. Capítulo II: Modelo de cuidados de Virginia Henderson. Ilustre Colegio de Enfermería de Jaén.2010; ISBN: 978-84-694-0295-5. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
21. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 9ta edición. Elsevier España. E Book ISBN: 9788491133391. Julio 2018. Disponible en: <https://www.elsevier.com/books/modelos-y-teorias-en-enfermeria/alligood/978-84-9113-339-1>
22. Cabellos F. Características clínicas y epidemiológicas del dengue en el Hospital de Jaén- enero-Julio 2012 (Tesis de grado). Jaén: Universidad César Vallejo; 2012. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/905090/16-21.pdf>
23. Prado V. El mosquito *Aedes aegypti*, vector principal del dengue y otros arbovirus. Rev. La Unión Morelos. 2018; 11(5): 26-69.
24. Massón López ADC. Comportamiento clínico y epidemiológico del dengue en el municipio 10 de octubre. Rev. Cubana Med. Integr. 2015; 31 (1): 61-38. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v31n1/mgi03115.pdf>
25. Gluber J. Dengue y dengue hemorrágico. Rev. Microbiol Clin. 1998; 11(3): 480-496. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2006.v19n3/204-215/es>
26. Arieta A. El dengue. Monografías. 2013; 25(5): 120-45.

27. Valencia JV. Situación epidemiológica de dengue en la Región Cajamarca. Bol Epid Reg. 2016; 12(52): 11-52.
28. Organización Panamericana de La Salud (OPS). Diez enfermedades transmitidas por vectores que ponen en riesgo a la población de la Américas. Oficina Regional para las Américas de la OMS. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9438:2014-10-vector-borne-diseases-that-put-population-americas-at-risk&Itemid=135&lang=es
29. MINSA-PERÜ. Guía de práctica clínica para la atención de casos de dengue en el Perú. R.M. 087-2011/MINSA. Dirección General de las personas, Ministerio de Salud, Lima-Perú 2012. Disponible en: <https://www.google.com/search?q=29.+MINSA-PER%C3%9C.+Gu%C3%ADa+de+pr%C3%A1ctica+cl%C3%ADnica+para+la+atenci%C3%B3n+de+casos+de+dengue+en+el+Per%C3%BA.+R.M.+087-2011%2FMINSA.>
30. OMS. Dengue y dengue grave. 24 de junio 2020. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue.](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue)
31. Campos IL. Plan de cuidados Estandarizado: fiebre por dengue y fiebre hemorrágico por dengue. Caso clínico. Desarrollo Cientif Enferm. Vol. 20 N° 9 octubre, 2012. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/20pdf/20-296.pdf>
32. OPS. Dengue y dengue hemorrágico. Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/salud/dengue.y.dengue.hemorragico.pdf>

ANEXOS

FIGURA N° 1: FASES DEL DENGUE



Adapted from WCL Yip, 1980 by Hung NT, Lum LCS, Tan LH

FIGURA N° 02: CLASIFICACIÓN DEL DENGUE



FIGURA N° 04
CONTROL DE FUNCIONES VITALES Y ADMINISTRACIÓN DE
MEDICAMENTOS



FIGURA N° 05
RECOJO DE INSERVIBLES



CUADRO N° 01

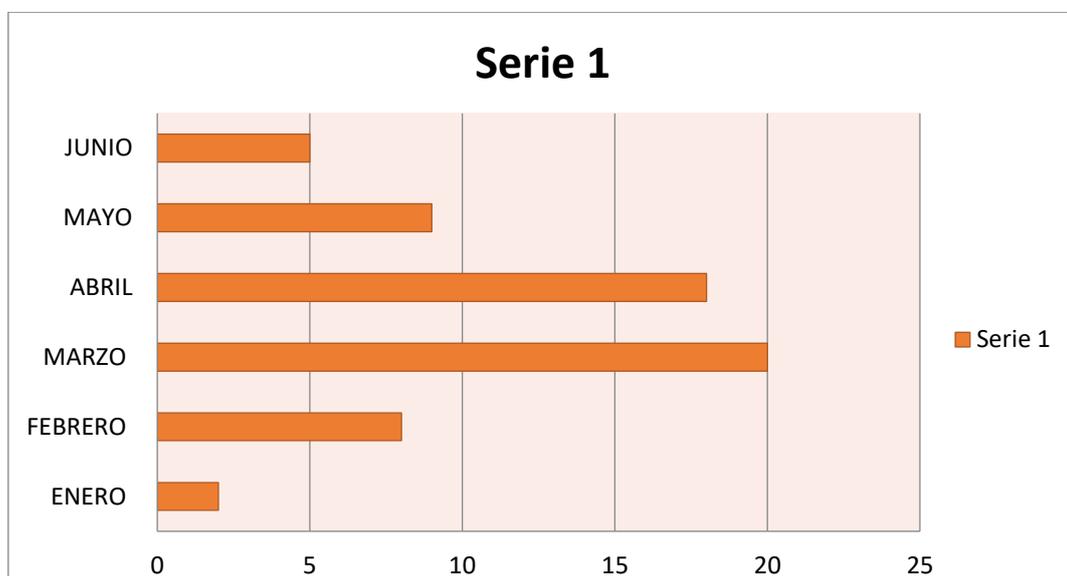
NUMERO DE CASOS DE DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD PICHARI DE ENERO A JUNIO 2021

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
CASOS DE DENGUE CON SIGNO DE ALARMA	2	8	20	18	9	5

FUENTE: Oficina de estadística del centro de salud pichari.

GRAFICO N° 01

NUMERO DE CASOS DE DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD PICHARI DE ENERO A JUNIO 2021



FUENTE: Oficina de estadística del centro de salud pichari.