



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERÍA

TÍTULO DEL PROYECTO DE GRADO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADAS

EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA

CUIDADO DE ENFERMERÍA APLICANDO EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON EN EL PACIENTE CON INFLUENZA AH1N1, EN EL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO (HANM) DE LA CIUDAD DE GUARANDA, PROVINCIA BOLÍVAR, DURANTE EL PERIODO MARZO – JULIO DEL 2016.

AUTORAS:

BARRAGÁN SILVA TANIA ELIZABETH

GAVILANES VELASCO MILLER LUCÍA

TUTOR:

Dr. GUILLERMO LOMBHEYDA

GUARANDA- ECUADOR

DEDICATORIA

Dedico a Dios por brindarme vida, sabiduría, fortaleza y fidelidad para seguir firme en su camino y además porque guía mis pasos haciendo siempre su voluntad, manteniéndome siempre en su infinita y divina Gracia.

A mis amados padres José Luis y Rosita, por su gran corazón, amor, esfuerzo y lucha constante, sus infinitas virtudes, valores y consejos que me inculcaron cada día, todo para mi superación personal y profesional, gracias por confiar en mí, papi y mami lo logramos este logro les pertenece también a ustedes.

A mis amados hermanos Viviana y José por toda la felicidad, amor y apoyo brindado en momentos difíciles, son los mejor que Dios me dio, juntos seguiremos por más este es el inicio, luchare por todos en todo momento.

A mi familia en general por la ayuda incondicional, a mi Abuelito Juan que con una sonrisa llena de paz y tranquilidad me hubiera demostrado lo orgulloso que esta al verme crecer profesionalmente, y a mi abuelito Flavio por enseñarme a seguir el camino de Dios.

TANIA BARRAGÁN

Dedico el presente trabajo primeramente a Dios por haberme acompañado espiritualmente en el transcurso de mi vida estudiantil, por la salud otorgada a lo largo de estos cinco años de carrera, por la sabiduría y fortaleza brindada en momentos de incertidumbre, las mismas que me permitieron superar las diversas dificultades que se presentaron a lo largo del camino y llegar hasta este tan anhelado momento.

A mi madre Gredy Velasco López, por los sacrificios realizados con el objetivo de verme triunfar, por constituir el pilar de apoyo y la voz de aliento en el transcurso de mi etapa académica, por la confianza brindada cuando decidí estudiar esta carrera lejos de mi ciudad natal y tal como dice la canción que me dedico el día que partí soy una “Paloma Blanca” que se fue volando con afán pero que desde lejos siempre recordará el amor y abrigo que solo usted me sabrá dar.

A mi padre Nestor Gavilanes Bósquez, quien pese a las dificultades y problemas que atravesamos siempre supo dar su mejor esfuerzo para brindarme la mejor herencia que es la educación, por el amor desinteresado y verdadero que me ha otorgado en mis 21 años de vida, por los valores inculcados que me hicieron el ser humano que soy hoy en día y por la confianza brindada al vivir sola en estos cinco años de carrera, cuando me dijo en tus manos está tu futuro, sé que eres responsable y que no me defraudaras, así fue y este trabajo es la prueba de ello.

A mi hermano Adrián Gavilanes Velasco, por ser mi compañero de aventuras, cómplice y amigo a lo largo de mi vida, por el apoyo y cariño brindado a tu manera y que aunque no lo demostramos físicamente sé que ocupó un lugar especial en tu corazón y de igual manera tú en el mío.

A mi abuelito Ángel Velasco García, que aunque ya no estás con nosotros, siempre fuiste la persona más importante en mi vida, compartiste todos mis logros académicos y momentos únicos e inolvidables en familia, me apoyaste en el transcurso de mi carrera; recuerdo cuando de pequeña me dijiste que era la luz de tus ojos, hoy 12 años después quiero pedirte que desde donde te encuentres tú seas la luz de los míos y me permitas ver con tu bondad y sencillez a quienes serviré con mi profesión, sé que estarás a mi lado y guiarás mis pasos por el camino correcto en las decisiones que tome día a día.

MILLER GAVILANES

AGRADECIMIENTO

A Dios por brindarnos salud y vida durante nuestra etapa académica, por la fortaleza en los momentos de dificultad y por permitirnos crecer espiritual y profesionalmente.

A la Universidad Estatal de Bolívar, por ser la institución educativa encargada de formarnos como profesionales humanistas y competentes, dentro de un sistema académico e investigativo que contribuye a la solución de problemas del contexto.

A la Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano, Escuela de Enfermería, por acogernos desde nuestros inicios y por ser el pilar del conocimiento durante nuestra formación académica.

A nuestros distinguidos docentes por compartir su conocimiento y su experiencia en el ámbito laboral y académico, a quienes les debemos nuestras competencias, indispensable en nuestra formación.

A nuestros queridos y recordados compañeros que con el transcurso del tiempo y a los momentos compartidos dentro y fuera del aula llegaron a ocupar un lugar especial en nuestro corazón, formando lazos de confianza y amistad, aspirando el crecimiento profesional de cada uno de ellos y el logro de sus metas, con la humildad que nos ha caracterizado, sin olvidar de dónde venimos y hacia dónde vamos.

Al Hospital Alfredo Noboa Montenegro, por el tiempo que nos acogió durante nuestro Internado Rotativo de Enfermería y por la apertura brindada para la realización de nuestro proyecto de investigación.

A la Licenciada Maura Muñoz, por su disponibilidad, conocimiento y cariño brindado en la estructuración del presente trabajo.

A nuestro estimado tutor el Doctor Guillermo Lombeyda, por su conocimiento, tiempo, dedicación y paciencia brindado en la formulación, estructuración y finalización de nuestro proyecto de titulación; así mismo por el aprecio y aliento otorgado durante nuestra formación académica y en momentos de incertidumbre presentados en el transcurso del presente trabajo.

***TANIA BARRAGÁN
MILLER GAVILANES***

TEMA

Cuidado de enfermería aplicando el modelo de Virginia Henderson en el paciente con Influenza AH1N1, en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro (HANM) de la ciudad de Guaranda, provincia Bolívar, durante el periodo marzo – julio del 2016.

INDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	IV
TEMA	V
CERTIFICACION DEL DIRECTOR	XIII
RESUMEN	XIV
ABSTRACT	XV
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	3
PROBLEMA	3
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.3. OBJETIVOS	5
1.3.1. Objetivo General	5
1.3.2. Objetivos Específicos.....	5
1.4. JUSTIFICACIÓN	6
CAPITULO II	9
2. MARCO TEÓRICO	9
2.1. ANTECEDENTES	9
2.2. BASES TEORICAS	15
2.2.1. Concepto	15
2.2.2. Etiología	15
2.2.3. Fisiopatología.....	16
2.2.4. Patogenia.....	16
2.2.5. Cuadro Clínico	16
2.2.6. Vigilancia Epidemiológica.....	17
2.2.7. Cadena Epidemiológica	18
2.2.8. Periodo de incubación.....	18
2.2.9. Periodo de transmisibilidad.....	18

2.2.10.	Definiciones operacionales	19
2.2.11.	Factores de riesgo.....	20
2.2.12.	Medios de diagnostico.....	20
2.2.13.	Complicaciones	21
2.2.14.	Criterios de gravedad	21
2.2.15.	Criterios de ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos	21
2.2.16.	Contraindicaciones en pacientes con influenza.....	22
2.2.17.	Tratamiento	22
2.2.18.	Indicaciones en adultos y niños hospitalizados.....	22
2.2.19.	Tratamiento antiviral.....	23
2.2.20.	Manejo de contactos.....	25
2.2.21.	Normas de bioseguridad.....	26
2.2.22.	Medidas preventivas.....	26
2.2.23.	Modelo de Virginia Henderson.....	30
2.2.24.	Virginia Henderson	30
2.2.25.	Filosofía	31
2.2.26.	Asunciones filosóficas	32
2.2.27.	Proposiciones	32
2.2.28.	Afirmaciones teóricas.....	33
2.2.29.	Metodología aplicada de Virginia Henderson	34
2.2.30.	Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos de enfermería	34
2.2.31.	Necesidades de Virginia Henderson	36
2.2.32.	Proceso de atención de enfermería aplicado al Modelo de Virginia Henderson.	37
2.2.33.	Respirar normalmente.	42
2.2.34.	Comer y beber adecuadamente.	43
2.2.35.	Eliminar por todas las vías corporales	45
2.2.36.	Moverse y mantener posturas adecuadas.	46
2.2.37.	Dormir y descansar.	47
2.2.38.	Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.	48

2.2.39. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.....	49
2.2.40. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.....	50
2.2.41. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.....	51
2.2.42. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.	54
2.2.43. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.	55
2.2.44. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.	56
2.2.45. Participar en actividades recreativas.	56
2.2.46. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.	57
2.3. Definición de términos	63
2.4. Sistema de variables	65
2.4.1. Variable independiente.....	65
2.4.2. Variable dependiente.....	65
2.4.3. Operacionalización de variables	66
CAPÍTULO III.....	79
MARCO METODOLÓGICO	79
3.1. Nivel de Investigación	79
3 2. Diseño	80
3.3. Universo	80
3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	81
3.5. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos (Estadístico utilizado), para cada uno de los objetivos específicos.....	86
CAPITULO IV	130
RESULTADOS.....	130
GUIA DE VALORACIÓN SEGÚN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON EN EL PACIENTE CON INFLUENZA AH1N1	131
CAPITULO V.....	138
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	138
5.1. CONCLUSIONES.....	138

5.2. RECOMENDACIONES	139
BIBLIOGRAFÍA.....	140
ANEXOS	143
ANEXO N° 1. MARCO LEGAL	144
ANEXO N° 2. CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE LOS PACIENTES CON INFLUENZA AH1N1	147
ANEXO N° 4. RECURSOS Y PRESUPUESTO	149
ANEXO N° 5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.....	151
ANEXO N° 6. FOTOS	153
ANEXO 7. FIRMAS DE LOS ASISTENTES A LA SOCIALIZACION	159
.....	160
ANEXO N° 8. MODELO DE GUIA DE OBSERVACION	161

ÍNDICE DE CUADRO

Cuadro N° 1. Modalidad de Vigilancia	17
Cuadro N° 2. Cadena Epidemiológica	18
Cuadro N° 3. Taquipnea por edad	21
Cuadro N° 4. Posología Oseltamivir en niños	24
Cuadro N° 5. Posología quimioprofilaxis de contactos	26
Cuadro N° 6. Algoritmo de atención de casos clínicos de influenza en adultos	28
Cuadro N° 7. Algoritmo de atención de casos clínicos de influenza en niños	29
Cuadro N° 8. Clasificación de las 14 necesidades por dimensiones.	36
Cuadro N° 9. Árbol de Problemas y subproblemas en la Influenza AH1N1	41
Cuadro N° 10. Sexo de los pacientes	86
Cuadro N° 11. Estado civil de los pacientes	87
Cuadro N° 12. Edad de los pacientes	88
Cuadro N° 13. Ocupación de los pacientes	90
Cuadro N° 14. Etnia de los pacientes	91
Cuadro N° 15. Comorbilidad de los pacientes	93
Cuadro N° 16. Factores de riesgo presentes de los pacientes con Influenza AH1N1	94
Cuadro N° 17. Automedicación de los pacientes	96
Cuadro N° 18. Vacunación de los pacientes	97
Cuadro N° 19. Viaje de los pacientes	98
Cuadro N° 20. Caracterización clínica de la Influenza	100
Cuadro N° 21. Tratamiento de los pacientes	102
Cuadro N° 22. Tipo de muestra enviada de los pacientes con Influenza AH1N1	103
Cuadro N° 23. Diagnóstico de las muestras enviadas de los pacientes con Influenza AH1N1	104

Cuadro N° 24. Referencia de los pacientes con Influenza AH1N1	106
Cuadro N° 25. Estado final de los pacientes con Influenza AH1N1	107
Cuadro N° 26. Relación entre edad y sexo de los pacientes con Influenza AH1N1 y su estado final de egreso	109
Cuadro N° 27. Número de casos y porcentaje de pacientes con Influenza AH1N1	109
Cuadro N° 28. Cumplimiento de cuidados de enfermería en la necesidad Respiración / Circulación	110
Cuadro N° 29. Cumplimiento de cuidados de enfermería en la necesidad Alimentación	112
Cuadro N° 30. Cumplimiento de cuidados de enfermería en la necesidad Eliminación	115
Cuadro N° 31. Cumplimiento de cuidados de enfermería en la necesidad Movilización	118
Cuadro N° 32. Cumplimiento de cuidados de enfermería en la necesidad Reposo	120
Cuadro N° 33. Cumplimiento de cuidados de enfermería en la necesidad Termorregulación	123
Cuadro N° 34. Cumplimiento de cuidados de enfermería en la necesidad Seguridad	125
Cuadro N° 35. Cumplimiento de cuidados de enfermería en la necesidad Comunicación	128

ÍNDICE DE FIGURA

Figura N°1. Sexo	86
Figura N° 2. Estado civil	87
Figura N° 3. Edad	88
Figura N° 4. Ocupación	90
Figura N° 5. Etnia	91
Figura N° 6. Comorbilidad	93
Figura N° 7. Factores de riesgo	94
Figura N° 8. Automedicación	96
Figura N° 9. Vacunación	97
Figura N° 10. Viaje	98
Figura N° 11. Clínica	100
Figura N° 12. Tratamiento	102
Figura N° 13. Tipo de muestra	103
Figura N° 13. Tipo de muestra	105
Figura N° 15. Referencia	106
Figura N° 16. Situación	107
Figura N° 17. Intervenciones de enfermería establecidas en la necesidad Respiración/Circulación	111
Figura N° 18. Intervenciones de enfermería establecidas en la necesidad Alimentación	113
Figura N° 19. Intervenciones de enfermería establecidas en la necesidad Eliminación	116
Figura N° 20. Intervenciones de enfermería establecidas en la necesidad Movilización	118
Figura N° 21. Intervenciones de enfermería establecidas en la necesidad Reposo	121
Figura N° 22. Intervenciones de enfermería establecidas en la necesidad Termorregulación	124
Figura N° 23. Intervenciones de enfermería establecidas en la necesidad Seguridad	127
Figura N° 24. Intervenciones de enfermería establecidas en la necesidad Comunicación	129

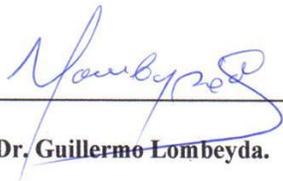
CERTIFICACION DEL DIRECTOR

Guaranda, 31 de Enero del 2017

El suscrito Dr. Guillermo Lombeyda director del proyecto de investigación, como modalidad de titulación.

CERTIFICO

Que el proyecto de investigación como requisito para la titulación de grado, con el tema; **CUIDADO DE ENFERMERÍA APLICANDO EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON EN EL PACIENTE CON INFLUENZA AH1N1, EN EL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO (HANM) DE LA CIUDAD DE GUARANDA, PROVINCIA BOLIVAR, DURANTE EL PERIODO MARZO – JULIO DEL 2016.** Realizado por las estudiantes **BARRAGÁN SILVA TANIA ELIZABETH Y GAVILANES VELASCO MILLER LUCÍA**, han cumplido con los lineamientos metodológicos contemplados en la Unidad de Titulación de la carrera de enfermería, para ser sometido a revisión y calificación por los miembros del tribunal nombrado por el Consejo Directivo de la Facultad y posteriormente a la sustentación pública respectiva.



Dr. Guillermo Lombeyda.

DIRECTOR

RESUMEN

Estimado lector sírvase encontrar en el presente proyecto de titulación denominado; Cuidado de enfermería aplicando el Modelo de Virginia Henderson en el paciente con Influenza AH1N1, en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro (HANM) de la ciudad de Guaranda, provincia Bolívar, durante el periodo marzo – julio del 2016.

Objetivo: Valorar el cuidado de enfermería en los pacientes con influenza AH1N1, de acuerdo al modelo de Virginia Henderson en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro. **Método:** Se aplicó una guía de observación a 16 historias clínicas de pacientes sospechosos y confirmados con Influenza AH1N1. **Diseño:** Estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, documental y de corte transversal. **Resultados:** Se llegó a la caracterización clínico epidemiológica de los 16 pacientes clínicos de Influenza AH1N1, obteniendo lo siguiente: el 69% son mujeres y el 31% hombres, el grupo de edad frecuente es el comprendido entre los 21 y 40 años con el 44%, la fiebre y la dificultad respiratoria son los signos y síntomas más comunes con el 100%, mientras que la rinorrea y odinofagia son escasos con el 25%, en el 100% de los pacientes se realizó hisopado nasofaríngeo e inició el tratamiento con Oseltamivir, el 25% fue confirmado como positivo para Influenza AH1N1 de los cuales el 13% falleció. Se establecieron diagnósticos e intervenciones específicas para cada una de las 14 necesidades. Se elaboró y socializó a las líderes de los servicios la Guía de Valoración en los pacientes con Influenza AH1N1 según el Modelo de Virginia Henderson. **Conclusiones:** El cuidado de enfermería debe basarse en juicios críticos derivados de la aplicación de un modelo de cuidado. Los pacientes que fallecieron iniciaron el tratamiento con Oseltamivir tardíamente. La automedicación oculta el cuadro clínico de la Influenza AH1N1, impidiendo el diagnóstico y tratamiento oportuno. El personal de enfermería se centra únicamente en la parte biológica del paciente, afectada por la patología, descuidando el factor psico-social. Existe escasa aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en la Influenza AH1N1. **Palabras claves:** Modelo de Virginia Henderson, Proceso de Atención De Enfermería, Guía de Valoración, Influenza AH1N1, cuidado de enfermería.

ABSTRACT

Dear reader, please find in the current titling project; Nursing care applying the Virginia Henderson Model in the patient with Influenza AH1N1, at the Alfredo Noboa Montenegro Hospital (HANM) in the city of Guaranda, province of Bolívar, from March to July 2016. **Objective:** To evaluate nursing care In patients with influenza AH1N1, according to the model of Virginia Henderson at the Hospital Alfredo Noboa Montenegro. **Method:** An observation guide was applied to 16 clinical histories of patients suspected and confirmed with Influenza AH1N1. **Design:** A descriptive, retrospective, documental and cross-sectional study. **Results:** The clinical epidemiological characterization of the 16 clinical patients of AH1N1 Influenza was obtained, with the following results: 69% were women and 31% were men, the age group was between 21 and 40 years old with 44 %, Fever and respiratory distress are the most common signs and symptoms with 100%, while rhinorrhea and odynophagia are scarce with 25%, in 100% of the patients nasopharyngeal swab was performed and started treatment with Oseltamivir , 25% was confirmed as positive for Influenza AH1N1 of which 13% died. Diagnoses and specific interventions were established for each of the 14 needs. Service leaders were developed and socialized the Assessment Guide for patients with AH1N1 Influenza according to the Virginia Henderson Model. **Conclusions:** Nursing care should be based on critical judgments derived from the application of a care model. Patients who died started treatment with Oseltamivir late. Self-medication conceals the clinical picture of the AH1N1 Influenza, preventing diagnosis and timely treatment. The nursing staff focuses only on the biological part of the patient, affected by the pathology, neglecting the psycho-social factor. There is scarce application of the Nursing Care Process (PAE) in the AH1N1 Influenza. **Key words:** Virginia Henderson Model, Nursing Care Process, Evaluation Guide, AH1N1 Influenza, nursing care.

INTRODUCCIÓN

La influenza es un enfermedad endémica y viral de alta transmisibilidad, causada por los virus de la influenza A (AH1N1pdm09, AH3N2), B y C , que puede afectar a todas las personas sin embargo; existe mayor probabilidad que ocurra en grupos de riesgo (embarazadas, enfermos crónicos, menores de 5 y mayores de 65 años). (MSP, Instructivo Manejo Influenza, 2013).

Virginia Henderson fue una enfermera que contribuyó en la investigación, estudio y profesionalización de la enfermería, propone un modelo de atención en todos los ciclo de vida, donde otorga a la enfermera un rol complementario y suplementario en la satisfacción de las 14 necesidades básicas del ser humano, a su vez considera al individuo el centro de un sistema brindando un papel protagónico dentro del proceso de salud/enfermedad.

La filosofía del Modelo de Virginia Henderson se enmarca en la primicia de que “La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de actividades que contribuyen a su salud, recuperación (o una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible”. (Jaen, 2011)

Las 14 necesidades que Virginia Henderson propone en su modelo tienen un enfoque holístico ya que considera al individuo un ser biopsicosocial y cada una de ellas forman parte de un conjunto, es decir no actúan de manera aislada.

El Modelo de Virginia Henderson está íntimamente relacionado con el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), ya que mediante su aplicación facilita la identificación de problemas, el establecimiento de diagnósticos de enfermería, permitiendo planificar, ejecutar y evaluar actividades encaminadas a restituir el nivel de independencia en el paciente mediante la satisfacción de las 14 necesidades.

En el presente trabajo se relaciona el cuidado de enfermería según el Modelo de Virginia Henderson en los pacientes con Influenza AH1N1 el mismo que se encuentra estructurado de manera sistemática en los siguientes capítulos:

CAPITULO I: Consta el planteamiento y formulación del problema, objetivo general y específicos y justificación de la investigación.

CAPITULO II: Expresa los antecedentes de la investigación, bases teóricas en las cuales se sustenta científicamente el presente trabajo, y el sistema de variables que permite contextualizar el tema.

CAPITULO III: Se delimita el tipo de investigación, el universo de estudio el método y técnica utilizada para la recolección de información y el análisis e interpretación de datos.

CAPITULO IV: Se establece los resultados obtenidos en base a los objetivos planteados.

CAPITULO V: Se determina las conclusiones y recomendaciones obtenidas durante el proceso de la investigación.

CAPITULO I

PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Ministerio de Salud Pública mantiene activo el sistema de vigilancia epidemiológica para el control de la Influenza AH1N1, una enfermedad de las vías aéreas causada por un virus contagioso y estacional, que afecta a todas las personas, sin embargo ocurre con mayor frecuencia en niños pequeños, ancianos y personas con algún tipo de comorbilidad, causando complicaciones graves e incluso la muerte esto por la automedicación de los usuarios, que oculta los síntomas, dificulta la identificación del virus y diagnóstico oportuno de la enfermedad, además la búsqueda tardía de atención médica impide recibir el tratamiento y cuidados específicos de enfermería.

Por otra parte se debe considerar que la enfermería no puede seguir basada en la intuición, tradiciones o creencias, sino más bien se debe sustentar científica y críticamente, de esta manera el cuidado proporcionado al usuario contribuye al restablecimiento de la salud, permitiendo además evidenciar la satisfacción y calidad de atención.

Por tanto corresponde a los profesionales de Enfermería, demostrar su contribución a la salud mediante la aplicación de un cuidado planificado (Proceso de Atención de Enfermería) y basado en teorías, como el Modelo de Virginia Henderson, donde otorga a la enfermera un rol complementario/suplementario en la satisfacción de las 14 necesidades básicas de la persona. El desarrollo de este rol clarifica la función de la enfermera como profesional independiente en sus actividades asistenciales, docentes, investigadoras y gestoras. (Jaen, 2011).

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

- ¿El personal de enfermería del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, conoce el modelo de Virginia Henderson?
- ¿Las enfermeras aplican el modelo de Virginia Henderson en el cuidado del paciente con Influenza AH1N1?
- ¿Cómo actúa la enfermera ante un usuario con influenza AH1N1 que requiere su atención?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General

Valorar el cuidado de enfermería en la Influenza AH1N1, de acuerdo a las necesidades de Virginia Henderson en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda, provincia Bolívar, durante el periodo marzo–julio del 2016.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar mediante datos estadísticos la caracterización clínico epidemiológica de la Influenza AH1N1, en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro.
- Determinar la importancia de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería según el Modelo de Virginia Henderson, en el cuidado del paciente con Influenza AH1N1.
- Elaborar una Guía de Valoración de Enfermería en base al Modelo de atención de Virginia Henderson, en el paciente con Influenza AH1N1.

1.4. JUSTIFICACIÓN

La influenza es un enfermedad endémica y viral de alta transmisibilidad, causada por los virus de la influenza A (AH1N1pdm09, AH3N2), B y C , que puede afectar a todas las personas sin embargo; existe mayor probabilidad que ocurra en grupos de riesgo (embarazadas, enfermos crónicos, menores de 5 años y mayores de 65 años). (MSP, Instructivo Manejo Influenza, 2013). Es motivo de diferentes consultas ambulatorias y de ingreso a los centros hospitalarios, debido a la complicación con neumonías, durante la época invernal. El cuadro clínico en la Influenza AH1N1 es variado lo que hace que su diagnóstico sea difícil, pudiendo confundirse con cualquier patología respiratoria.

El virus se ha expandido a 40 países y ha colocado al mundo al borde de una pandemia, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuyos laboratorios han confirmado casi 9,000 infecciones en lo que va del año.

Según estadísticas del Instituto Nacional de Salud (INS) en Colombia, se reportaron 165 casos confirmados que corresponden al 6 % de las 2.499 muestras que se procesaron entre enero y la primera quincena de mayo del presente año. (Colprensa, 2016)

En Perú de acuerdo al reporte del sistema de vigilancia de infecciones respiratorias graves del Ministerio de Salud (Minsa), se han contabilizado 1.281 casos de infecciones respiratorias agudas, de las cuales 247 fueron confirmadas como casos de AH1N1 en el año 2016. (Chinchay, 2016)

En el Ecuador en comparación con el año 2013, último año con notoria circulación del virus de la influenza AH1N1, en el que ocurrieron alrededor de 114 defunciones, los años 2014 y 2015 hubo muy poca circulación del virus, para este 2016 se observa un incremento de la circulación en toda la Región, principalmente en la época invernal donde hay la presencia de los tres tipos de Influenza A/H3N2, Influenza B e Influenza A/H1 N1pdm09, siendo este último el causante de un incremento en la letalidad de los pacientes. En el país se reportan 76 fallecidos con resultado positivo

para Influenza A/H1N1pdm09, de un total de 768 casos confirmados. (Boletín de Influenza, SE 50, 2016)

Hasta el momento se han notificado 927 casos de Influenza confirmados por laboratorio, de los cuales 82.8% (768) corresponden a Influenza A (H1N1) pdm09, 8.7% (81) Influenza AH3N2 y 8.4% (78) Influenza B. Siendo Pichincha la provincia que notifica el mayor número de casos en el país con un 62.4% de los casos. (MSP, Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública, Dirección Nacional Vigilancia Epidemiológica, 2016)

En la provincia Bolívar durante el periodo de estudio se registraron 21 casos sospechosos de influenza AH1N1, de los cuales 4 han sido confirmados, hospitalizados y han recibido el tratamiento farmacológico correspondiente con Oseltamivir en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, de estos 2 fallecieron uno en la casa de salud anteriormente mencionada y el otro en un hospital de tercer nivel.

Para entender la gravedad de la enfermedad es importante la recopilación de datos exhaustivos en tiempo real y el seguimiento de casos sospechosos y confirmados de infección por virus de Influenza AH1N1 (OPS, 2009). El desarrollo de modelos de cuidados de enfermería permite la conceptualización y visión fundamentada de la enfermería, definiendo su naturaleza, misión y objetivos, centrando el pensamiento y actuación desde un marco conceptual.

Disponer y aplicar un modelo de cuidados aporta importantes beneficios a las enfermeras, ya que muestra de forma clara la filosofía e ideología; ayuda a desarrollar y mantener la identidad de la profesión; contribuye en el debate teoría/práctica, por tanto uno de los modelos de cuidados que mayor aceptación tiene en nuestro entorno es el de Virginia Henderson. (Pereira, 2015).

En su libro *The Nature of Nursing* (La Naturaleza de la Enfermería) publicado en 1966, Virginia Henderson ofrecía una definición de la enfermería, donde otorga a la enfermera un rol complementario/suplementario en la satisfacción de las 14 necesidades básicas de la persona. (Pereira, 2015)

El modelo de Virginia Henderson se ubica en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada. El desarrollo de este rol, a través de los cuidados básicos de enfermería, legitima y clarifica la función de la enfermera como profesional independiente en sus actividades asistenciales, docentes, investigadoras y gestoras, al tiempo que ayuda a delimitar su área de colaboración con los restantes miembros del equipo de cuidados. (Pereira, 2015).

En el Hospital Alfredo Noboa Montenegro tradicionalmente el cuidado se lo ha realizado de una manera desintegrada sin responder a una teorización o modelo de enfermería estandarizado lo que genera diferencia de juicios que se evidencian en el cuidado y en los reportes de enfermería. Surgiendo entonces la necesidad de unificar los criterios y adoptar un modelo de cuidado en enfermería que permita ayudar al usuario, no solo a recuperarse de una enfermedad o a prevenirla, sino a crecer, a realizarse como persona y a recuperar su independencia lo más rápido posible. Para lo cual es necesario integrar lo determinado según Margorie Gordon en la teorización de los Patrones funcionales y el Modelo Conceptual de Virginia Henderson cuyos elementos son las 14 necesidades fundamentales del ser humano. (Muñoz, 2017).

Siendo la enfermera la encargada de brindar cuidados de calidad y eficientes en función de las necesidades del usuario, el presente documento es pertinente porque permite conocer si el Hospital Hospital Alfredo Noboa Montenegro, cumple con el modelo de atención descrito.

Por tanto este estudio es relevante debido al incremento significativo del brote epidémico de la Influenza AH1N1 que surgió en el Ecuador en el presente año, por su fácil transmisibilidad y diagnóstico tardío en las diferentes casas de salud, debido a la similitud del cuadro clínico con otras patologías respiratorias. Así mismo es importante porque permite valorar el cuidado de enfermería brindado a los usuarios con Influenza AH1N1, de acuerdo a las necesidades de Virginia Henderson.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

La influenza se ha presentado desde tiempos antiguos. En los últimos 300 años han ocurrido 10 pandemias de influenza. Durante 1918-1919 el virus A subtipo H1N1, conocida como “Influenza española”, causó entre 50 y 100 millones de muertes. En 1957, el virus A subtipo H2N2, pandemia conocida como “Influenza asiática”, ocasionó 2 millones de muertes. En 1968, el virus A subtipo H3N2, “Influenza de Hong Kong”, mató un millón de personas. (Osterholm, 2006)

En 2009, una nueva mutación del virus de la influenza tipo A transformo la historia moderna y se convirtió en una pandemia, que arrasó con miles de vidas en los diferentes continentes.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el primer enfermo registrado en el mundo fue un niño de 10 años de edad, quien enfermó el 30 de marzo de 2009 en San Diego, CA, Estados Unidos, quien no había tenido ningún contacto con cerdos y además ningún antecedente de haber viajado a México. (Wikipedia, 2010)

Los primeros casos de Influenza AH1N1 en México se detectaron el 11 de abril del 2009 en el estado de Veracruz, se especula que su inicio haya tenido como origen la condición de las Granjas Carroll en el municipio de Perote de ese estado. Al mes el virus se extendió por varios estados de México, Estados Unidos y Canadá, convirtiéndose en una pandemia con aparición de numerosos casos en varios países de pacientes que habían viajado de México y Estados Unidos. (Wikipedia, 2010)

La OMS publicó su última actualización de casos confirmados totales el 6 de julio de 2009. En ésta informó la existencia de 94,512 casos acumulados confirmados en 134 países, con 429 defunciones. Los diez países con mayor número de casos fueron: Estados Unidos con 33902, México con 10262, Canadá con 7983, Reino

Unido con 7447, Chile con 7376, Australia con 5298, Argentina con 2485, Tailandia con 2076, China con 2040, Japón con 1790, y el resto de países con 13853; las 429 defunciones reportadas se presentaron en 18 países, con una letalidad global del 0.45 por cada 100 enfermos. (Víctor Gutiérrez, María Orenday, Adriana A, 2011)

El número de defunciones y la letalidad por cada 100 enfermos en los 10 países con mayor número de casos confirmados fue: Estados Unidos 170 defunciones (letalidad 0.50 por 100 enfermos), México 119 (1.15 por 100), Argentina (2.41 por 100), Canadá 60 (0.75 por 100), Chile 14 (0.17 por 100), Australia (0.18 por 100), Tailandia 7 (0.33 por 100), Reino Unido (0.04 por 100), Japón y China sin defunciones y el resto de los países 21 defunciones (0.15 por 100). Uruguay tuvo una letalidad de 2.05 por 100 enfermos (4 defunciones de 195 casos confirmados). (Víctor Gutiérrez, María Orenday, Adriana A, 2011)

La pandemia de gripe A (H1N1), que se inició en 2009, entró en Ecuador el 15 de mayo del mismo año. Éste fue el décimo tercer país en reportar casos en el continente americano. La primera persona infectada por esta pandemia fue un niño de Guayaquil procedente de Miami. (Wikipedia, 2010)

Hasta el 27 de abril de 2010 (fecha de la última actualización), Ecuador confirmó 2.251 casos y 114 muertes por la Influenza A (H1N1). (Wikipedia, 2010)

En el 2016, según las estadísticas del Instituto Nacional de Salud (INS) en Colombia, se reportaron 165 casos confirmados que corresponden al 6 % de las 2.499 muestras que se procesaron entre enero y la primera quincena de mayo del presente año. (Colprensa, 2016)

En Perú de acuerdo al reporte del sistema de vigilancia de infecciones respiratorias graves del Ministerio de Salud (Minsa), se han contabilizado 1.281 casos de infecciones respiratorias agudas, de las cuales 247 fueron confirmadas como casos de AH1N1 en el año 2016. (Chinchay, 2016)

En el Ecuador en comparación con el año 2013, último año con notoria circulación del virus de la influenza AH1N1, en el que ocurrieron alrededor de 114 defunciones, en los años 2014 y 2015 hubo muy poca circulación del virus, sin embargo para este 2016 se observa un incremento de la circulación del virus en toda la Región, principalmente en la época invernal donde hay la presencia de los tres tipos de Influenza A/H3N2, Influenza B e Influenza A/H1 N1pdm09, siendo este último el causante de un incremento en la letalidad de los pacientes. En el país se reportan 76 fallecidos con resultado positivo para Influenza A/H1N1pdm09, de un total de 768 de casos confirmados. (MSP, Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública, Dirección Nacional Vigilancia Epidemiológica, 2016)

Para complementar nuestro trabajo se ha recopilado información sobre estudios realizados de Influenza AH1N1, obteniendo los siguientes:

En México en el año 2009 se realizó un estudio de tipo retrospectivo, transversal y descriptivo sobre el ***“Perfil epidemiológico de la mortalidad por influenza AH1N1 en México”***, elaborado por la Secretaría de Salud y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, con un universo de 122 defunciones confirmadas por laboratorio, obteniendo los siguientes resultados:

- El 51% correspondió a mujeres y el 49% a varones.
- El 45.1% ocurrió entre los 20 y 39 años.
- La letalidad general fue de 2.2% y varió entre 0.3% en el grupo de 10 a 19 años y 6.3% en el de 50 a 59.
- Una cifra del 43% de las defunciones se concentró en dos de las 32 entidades federativas y el 51% se atendió en instituciones de seguridad social.
- Sólo el 17% recibió atención hospitalaria en las primeras 72 horas y el 42% falleció en las primeras 72 horas de hospitalización.
- En el 58.2% de los fallecidos había algún padecimiento asociado.

(Secretaría de salud, OMS, OPS, 2009).

En Perú en el año 2009 se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo de corte transversal sobre “*Características epidemiológicas de las defunciones por influenza A(H1N1) en la población asegurada de EsSalud*”, elaborado por el Dr. Marco Soto-Barba, el Dr. Roberto Espinoza Atarama y la Lcda. Yovanna Seclén Ubillús, con un universo de 74 fallecidos, con los siguientes resultados.

- En el periodo comprendido del 27 abril al 23 de noviembre 2009, se registró 74 defunciones por influenza A(H1N1)pdm09 en la población asegurada a nivel nacional; 54% (40) de las muertes reportadas fue en el sexo masculino y 46% (34) en el femenino.
- Según grupos de edad, la mayor frecuencia se registró en el grupo de 60 a más, significando el 26% (19 defunciones) del total de muertes registradas; un segundo lugar se encontró a los grupos de 0-9, 20-29 y 40-49, aportando cada uno 16% (11 defunciones) de las muertes registradas. El grupo de edad en el que se registró la menor frecuencia de casos fue el de 10-19 años, aportando 4% (3 defunciones) de las muertes.
- La edad media de fallecimiento por A(H1N1)pdm09 en la población asegurada fue 41,6 años, con una desviación estándar de 24,1. Según sexo, se observó una variación en la edad media, con 38 años para las mujeres y 45 años para los hombres.
- Según la fecha de fallecimiento, el mayor número de casos se presentó entre las semanas epidemiológicas (SE) 28 y 33, con un total de 59 casos, representando el 80% del total de defunciones. Todos los pacientes fallecidos (74) estuvieron hospitalizados, y en relación entre la fecha de inicio de síntomas y la fecha de defunción se dio un promedio de 17 días.
- Los signos y síntomas que presentaron durante el periodo de enfermedad fueron fiebre todos los casos y dificultad respiratoria en 95%. Otros síntomas, como dolor de garganta, cefalea o signos como congestión faríngea, tos, se observó en 75% de los casos.
- En relación a la comorbilidad, se puede observar que 53% (36 defunciones) presentó alguna comorbilidad en la influenza A (H1N1), siendo las

principales las enfermedades cardiovasculares con un 21% (14), insuficiencia renal en 12% (8) y obesidad en 10% (7). En 47% de los fallecidos, no se comunicó alguna enfermedad crónica, como factor de riesgo. Los fallecidos con comorbilidad presentaron en promedio dos enfermedades acompañantes.

- En cuanto a la procedencia de los casos fatales, el 38% (25) fue de Lima, 18,9% (14) de Arequipa, 9,5% (7) del Callao y el resto de casos en menor porcentaje de diferentes ciudades del interior del país.

(Marco Soto, Roberto Espinoza, Yovanna Seclén, 2009)

En México en el año 2010 se realizó un estudio de tipo retrospectivo, transversal y descriptivo sobre ***“Factores de Riesgo en la influenza en pacientes de urgencias de UMAE, Hospital de Especialidades N°14”***, elaborado por la Dra. Laura Vásquez Santos, para la obtención del título de especialista en urgencias médico-quirúrgicas, con universo de 54 pacientes estudiados, con los siguientes resultados.

- 19 corresponden a sexo masculino y 35 al femenino. La mediana edad fue de 44.5 años (rango entre 15 y 74 años).
- Menores de 50 años fueron el 91% de la población estudiada.
- La clínica incluye fiebre en el 100% de los casos, cefalea en el 87%, tos 85%, malestar general 85%, rinorrea en el 61%, escalofrió en 55%, congestión nasal 55%, postración en 50%, odinofagia 46%, disnea 39%, dolor abdominal en el 28%, disfonía 13%, cianosis 13%.
- El asma es la condición más común que se observó tanto para influenza estacional como para H1N1. Seguidos por orden de frecuencia por tabaquismo, diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, embarazo y VIH. La paciente embarazada estaba en segundo trimestre.
- Se valoró el grado de asociación entre los factores de riesgo entre influenza AH1N1 e influenza estacional y se observó una relación escasa para ambas entidades fisiológicas.

- Los pacientes que desarrollaron los primeros síntomas en una mediana de 6 días antes de la hospitalización. El tiempo de hospitalización fue de 10 días en promedio (rango de 1 a 20 días). Diecisiete de los pacientes de la muestra de estudio desarrollaron neumonía atípica.
- Los pacientes positivos para influenza fueron confirmados con PCR-RT. De los cuales 19 fueron positivos para influenza AH1N1 y 12 para influenza estacional.
- De los 54 pacientes en los que se dispone de datos sobre el uso de medicamentos antivirales, (89%) recibieron estos fármacos. De estos pacientes, 83% recibieron oseltamivir y el 6% el zanamivir otros recibieron la terapia antimicrobiana a base de trimetropin son sulfametoaxol (1 paciente) y amoxicilina (2 pacientes). El tiempo medio desde el inicio de la enfermedad al inicio de la terapia antiviral fue de tres días (con rango de 0 a 21). El tratamiento antiviral se hizo según normas oficiales que variaron en el tiempo de acuerdo a las actualizaciones.

(Vasquez, 2010)

2.2. BASES TEORICAS

2.2.1. Concepto

La influenza es una enfermedad respiratoria, aguda, de alta transmisibilidad, provocada por los virus A, B y C, conocida comúnmente como "gripe", afecta las vías aéreas superiores e inferiores y se presenta con mayor predominio en la época invernal.

El tipo A se subclasifica según sus proteínas de superficie: hemaglutinina (H) y neuraminidasa (N) de la cual depende su capacidad para provocar formas graves del padecimiento. (Salud, 2009)

El virus de la Influenza B pertenece a la familia Orthomyxoviridae, a diferencia del tipo A, no tiene subtipos, sin embargo; es altamente contagioso, pero su impacto en el ser humano es menor porque evoluciona con más lentitud que la Influenza A, los signos de infección respiratoria se hacen más prominentes a medida que el virus avanza, la mutación de este hace imposible la instalación de una inmunidad verdadera, la Influenza B es una gripe común que en muy pocos casos es fatal y el tratamiento es únicamente sintomático.

El virus de Influenza tipo C generalmente produce enfermedades respiratorias leves o incluso no provocan síntomas. No causa epidemias y no origina los graves problemas de salud pública que causan los tipos A y B de influenza. (CDC, 2016)

2.2.2. Etiología

El virus de la Influenza es un virus ARN y pertenece a la familia Orthomyxoviridae. Se reconocen tres tipos:

- Virus de Influenza A: Se establecen los siguientes subtipos circulantes: Influenza A(H1N1)pdm09, A(H3N2).
- Virus de Influenza B
- Virus de Influenza C

2.2.3. Fisiopatología

El virus de la Influenza tipo A se caracteriza por tener en la superficie dos glicoproteínas: Hemaglutinina y Neuroaminidasa.

La Hemaglutinina se une a los lípidos y proteínas en las células del receptor, facilitando la entrada del virus. Actúa como mediador en la unión con la membrana de las células del huésped y la inyección del virus en el citoplasma. (Goyes, 2014)

La Neuroaminidasa rompe la membrana de las células del receptor y favorece la liberación de viriones capaces de infectar a otras células. (Goyes, 2014)

Existen 16 subtipos de Hemaglutinina (H1-H16) y 9 subtipos de Neuroaminidasa (N1-N9).

2.2.4. Patogenia

El virus se implanta en el epitelio de la vía aérea, en donde se replica y disemina en el tracto respiratorio, causando la descamación de las células ciliadas y de las células secretoras de moco. La multiplicación viral lleva a la lisis de estas células con la liberación de antígenos virales que atraen a macrófagos y a linfocitos. La liberación de mediadores humorales de inflamación como la interleucina-1 por los macrófagos da como resultado fiebre. Es probable que el interferón cause dolores musculares difusos y fatiga, los mediadores de la inflamación producen vasodilatación y edema en la nariz, lo que provoca obstrucción y rinorrea; la irritación provocada por los restos virales y celulares estimula la producción de moco. El daño ocasionado por la lisis de células del epitelio respiratorio favorece la colonización de bacterias tales como *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* que pueden producir neumonía. (UNAM, 2015)

2.2.5. Cuadro Clínico

- Aparición abrupta de fiebre de más de 38 grados.
- Dificultad respiratoria
- Tos seca
- Decaimiento general
- Escalofrío

- Cefalea
- Odinofagia
- Rinorrea escasa
- Diarrea
- Mialgias

2.2.6. Vigilancia Epidemiológica

Cuadro N° 1. Modalidad de Vigilancia

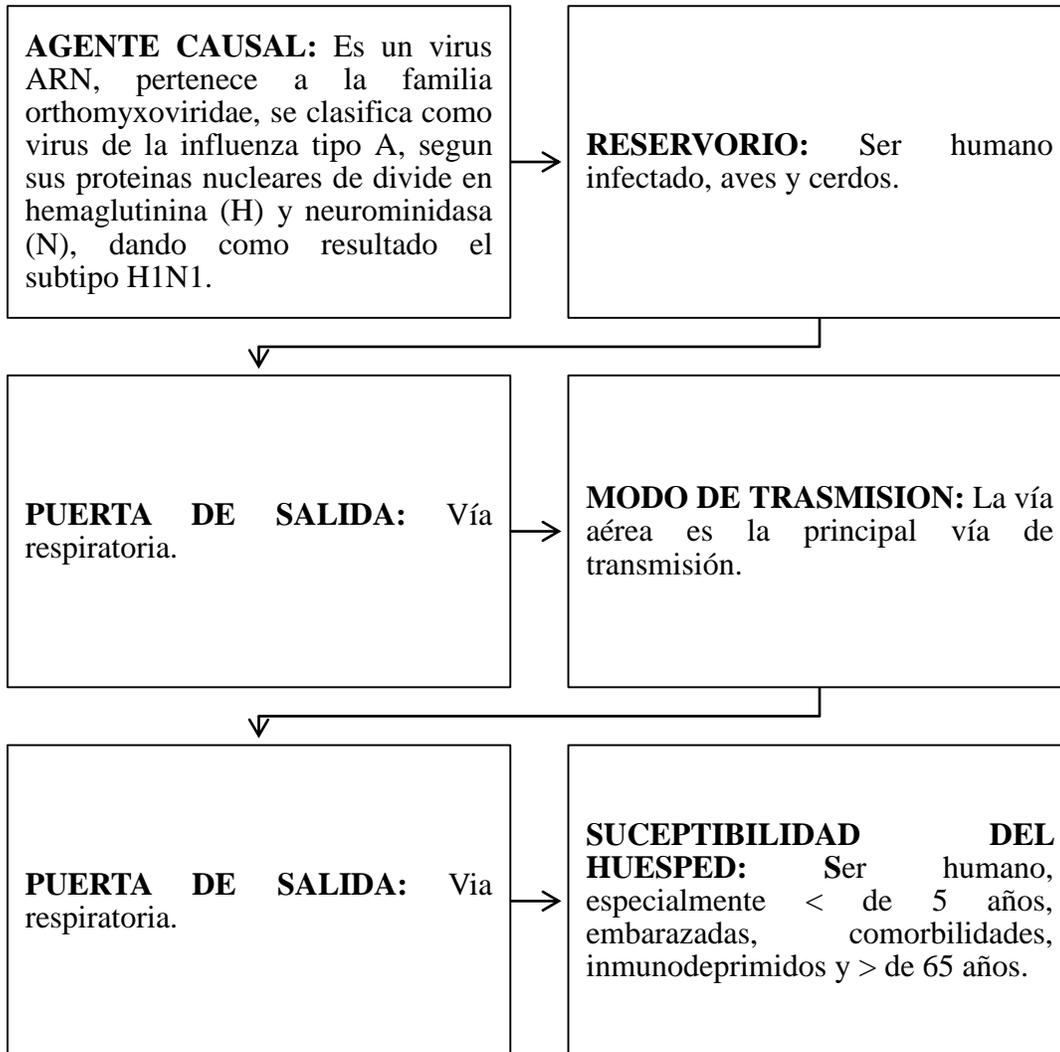
MODALIDAD DE VIGILANCIA	
TIPO DE VIGILANCIA	Pasiva Activa: Cuando se notifica un caso sospechoso
NOTIFICACIÓN	Periodicidad: Inmediata
	Tipo: Individual
	Instrumentos: Formulario de notificación y cierre de caso EPI 1 Individual.
INVESTIGACIÓN	Instrumentos: Ficha de Investigación clínica epidemiológica

Fuente: Manual de Procedimientos SIVE-ALERTA

Elaborado por: Barragán Tania y Gavilanes Miller.

2.2.7. Cadena Epidemiológica

Cuadro N° 2. Cadena Epidemiológica



Fuente: Manual de Procedimientos SIVE-ALERTA

Elaborado por: Barragán Tania y Gavilanes Miller.

2.2.8. Periodo de incubación

De 1 a 4 días después del contacto.

2.2.9. Periodo de transmisibilidad

Se extiende hasta 8 días después de iniciada la sintomatología y en niños y personas inmunodeprimidas hasta 15 días.

2.2.10. Definiciones operacionales

Enfermedad Tipo Influenza (ETI)

Persona de cualquier edad que presenta apareamiento súbito de fiebre mayor a 38°C, tos y alguno de los siguiente síntomas. (MSP, Instructivo Manejo Influenza, 2013)

- Mialgias
- Odinofagia
- Cefalea

Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)

Persona de cualquier edad que presenta: (MSP, Instructivo Manejo Influenza, 2013)

- Fiebre o antecedente de fiebre.
- Tos.
- Odinofagia.
- Dificultad respiratoria.
- Necesidad de hospitalización.

Caso de IRAG Inusitado

Toda persona hospitalizada o fallecida que presente dificultad respiratoria, fiebre, tos, odinofagia y al menos uno de los siguientes criterios: (MSP, Instructivo Manejo Influenza, 2013)

- Tener entre 5 y 64 años sin comorbilidad.
- Ser trabajador de salud.
- Ser trabajador con contacto directo o indirecto con aves o cerdos.
- Tener antecedente de viajes, hasta dos semanas previas al inicio de síntomas, a sitios con transmisión de algún agente de alta patogenicidad.

Conglomerado de IRAG

Dos o más personas del mismo núcleo familiar, social o laboral que cumplan la definición de caso de IRAG e inicien sus síntomas con un intervalo máximo de dos semanas entre sí. (MSP, 2013).

2.2.11. Factores de riesgo

- Enfermedades cardiacas: valvulopatías congénitas, insuficiencias.
- EPOC
- Asma
- Insuficiencia renal crónica
- Epilepsia
- Inmunodepresión
- Diabetes
- Obesidad mórbida mayor de 40
- Menores de 5 años y mayores de 65 años.
- Embarazo.

2.2.12. Medios de diagnostico

Tipo de muestra

Hisopado nasofaríngeo y muestra de tráquea y pulmón (pacientes fallecidos + hisopado).

Hisopado nasofaríngeo

Tiene como finalidad la vigilancia epidemiológica y no el diagnóstico clínico, por lo que no a todos los casos se les toma muestra, su recolección debe realizarla personal capacitado, tomando las medidas de bioseguridad correspondiente. (MSP, Instructivo Manejo Influenza, 2013).

Tipo de prueba: Inmunofluorescencia y PCR

2.2.13. Complicaciones

- Neumonía viral: Se presenta dentro de las primeras 24 horas del cuadro febril, se caracteriza por tos seca que evoluciona a productiva, taquipnea, crepitantes difusos, cianosis e insuficiencia respiratoria.
- Neumonía bacteriana: Por neumococo, estafilococo aureus, haemophilus influenzae tipo b, estreptococo hemolítico A y B.
- Síndrome de reye (encefalitis y daño hepático), común en niños.
- Encefalitis post influenza
- Síndrome de Guillian-Barre
- Bronquitis aguda

2.2.14. Criterios de gravedad

- Taquipnea, según edad (Ver cuadro N° 3)
- Hipotensión (sistólica < 90 mm Hg)
- Disnea
- Cianosis
- Hipoxemia (SPO2 < 90%)

Cuadro N° 3. Taquipnea por edad

EDAD	FRECUENCIA RESPIRATORIA POR MINUTO
2 meses	>60
2 meses – 1 año	>50
1 año – 4 años	>40
Adultos	>26

Fuente: Instructivo Manejo de la Influenza Ecuador 2016

Elaborado por: Barragán Tania y Gavilanes Miller.

2.2.15. Criterios de ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos

- Frecuencia respiratoria > 35 por minuto
- FiO2 > 50%
- PO2 < 60 mmHg
- PaFi < 200

- Deterioro del estado de conciencia (Ortega, 2016)

2.2.16. Contraindicaciones en pacientes con influenza

No administrar ASA (Ácido acetil salicílico), por riesgo de encefalitis

2.2.17. Tratamiento

Todo caso de IRAG con sospecha etiológica de Influenza debe iniciar inmediatamente tratamiento con Oseltamivir, no es necesario resultados de laboratorio.

Todo caso de Enfermedad Tipo Influenza más comorbilidad (diabetes, asma, cardiopatía crónica, obesidad, etc.) o embarazo, deberá iniciar inmediatamente tratamiento con Oseltamivir para evitar complicaciones.

El tratamiento consiste fundamentalmente en reposo en cama, administración de líquidos y cuidados de soporte.

Dependiendo del estado de presentación de la enfermedad:

- Medidas general de atención: No compartir objetos personales, evitar el saludo de manos y beso.
- Antipiréticos: Para controlar la fiebre y el malestar general, en adultos administrar 500 mg, de paracetamol, cada 6 horas, en niños 15 mg/kg/dosis.
- Reposo y aislamiento domiciliario.
- Oseltamivir: Adulto 75 mg cada 12 horas por 5 días, las dosis pediátricas dependerán del peso (ver cuadro N°3), sin embargo; la dosis en pacientes que ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos, será de 150 mg cada 12 horas por 10 días. (MSP, Instructivo Manejo Influenza, 2013)

2.2.18. Indicaciones en adultos y niños hospitalizados

- Iniciar tratamiento antiviral lo antes posible a todo paciente que se hospitalice por influenza.
- Mantener la separación de al menos un metro entre paciente en las salas de atención.

- Aislamiento de pacientes en habitación individual. De no ser posible, ubicar a pacientes con el mismo tipo de influenza en una habitación compartida. No ubicar nunca en una habitación compartida a pacientes con influenza y patologías respiratorias.
- Limitar el contacto del paciente con otras personas (personal de salud, familiares y visitas).

2.2.19. Tratamiento antiviral

Oseltamivir

Es la primera alternativa de tratamiento antiviral, se debe iniciar el tratamiento dentro de las primeras 48 horas de inicio de síntomas.

Indicaciones

Se recomienda tratamiento antiviral a los pacientes:

- Con diagnóstico de IRAG y que requieren hospitalización
- Con ETI (Enfermedad Tipo Influenza) y factores de riesgo
- En las embarazadas hospitalizadas por IRAG o compromiso sistémico por influenza. (MSP, Instructivo Manejo Influenza, 2013)

Mecanismo de acción

Oseltamivir actúa inhibiendo la neuroaminidasa, una glicoproteína presente en la superficie del virion, encargada de la liberación de partículas virales a partir de las células infectadas y la diseminación posterior del virus por el organismo. El virus de la influenza AH1N1, ha demostrado ser susceptible a los inhibidores de la neuroaminidasa.

Farmacocinética

Oseltamivir se absorbe por el tubo digestivo y se elimina en su gran parte (>90%) por la orina, de allí su precaución en pacientes con insuficiencia renal, mientras que tan solo un 10% se elimina por la heces.

Posología

Adultos: Dentro de las primeras 48 horas de iniciada la sintomatología 75 mg cada 12 horas por 5 días, pasado este tiempo y según criterios de gravedad 150 mg cada 12 horas por 10 días.

Niños: Ver cuadro N° 4.

Cuadro N° 4. Posología Oseltamivir en niños

PESO	DOSIS	FRECUENCIA DE ADMINISTRACION	DOSIS DE TRATAMIENTO
< de 3 meses	3 mg/Kilo	Cada 12 horas	Por 5 días
Lactantes prematuros	1mg/kilo	Cada 12 horas	Por 5 días
Hasta 15 Kilos	30 mg	Cada 12 horas	Por 5 días
15-23 Kilos	45 mg	Cada 12 horas	Por 5 días
23-40 Kilos	60 mg	Cada 12 horas	Por 5 días

Fuente: Instructivo Manejo de la Influenza Ecuador 2016

Elaborado por: Barragán Tania y Gavilanes Miller.

Precauciones en el uso de Oseltamivir

- Insuficiencia renal (ajustar dosis)
- Insuficiencia hepática

Contraindicaciones

- Hipersensibilidad: Descontinuar el tratamiento
- Síntomas Neuropsiquiaticos.

Reacciones adversas

- Bronquitis
- Vomito
- Aumento de las enzimas hepáticas

- Síntomas neuropsiquiátricos (alucinaciones, alteraciones del comportamiento).

Presentación

- Capsulas de 75 mg
- Polvo para suspensión oral 12mg/ml

Nombre comercial

- Tamiflu
- Euvirax
- Tazamir

2.2.20. Manejo de contactos

Los contactos de los casos IRAG inusitado deben ser evaluados con la finalidad de determinar si están cursando un embarazo o tienen alguna comorbilidad. Si es así deben iniciar inmediatamente profilaxis con Oseltamivir. (MSP, Instructivo Manejo Influenza, 2013)

El resto de contactos estarán en seguimiento por la unidad operativa más cercana por 10 días. Si alguno de estos presenta síntomas respiratorios durante este periodo debe iniciar inmediatamente tratamiento con Oseltamivir. (MSP, Instructivo Manejo Influenza, 2013).

- Toda persona que habita bajo el mismo techo o que ha estado cerca de un paciente sospechoso o confirmado de influenza, incluye al personal de salud en contacto clínico directo con el caso.
- La quimioprofilaxis ha demostrado eficacia en la prevención de la influenza en contactos que presentan condiciones de riesgo
- El antiviral debe ser iniciado inmediatamente durante la búsqueda de contactos.
- En pacientes menores de 3 meses de edad su uso no está recomendado salvo una situación crítica. (MSP, Instructivo Manejo Influenza, 2013)

Cuadro N° 5. Posología quimioprofilaxis de contactos

PESO	DOSIS	FRECUENCIA DE ADMINISTRACION	DOSIS DE QUIMIOPROFILAXIS
< 15 kilos	30 mg	Cada 24 horas	Por 10 días
15-23 kilos	45 mg	Cada 24 horas	Por 10 días
24-40 Kilos	60 mg	Cada 24 horas	Por 10 días
> 40 kilos y adultos	75 mg	Cada 24 horas	Por 10 días

Fuente: Instructivo Manejo de la Influenza Ecuador 2016

Elaborado por: Barragán Tania y Gavilanes Miller.

2.2.21. Normas de bioseguridad

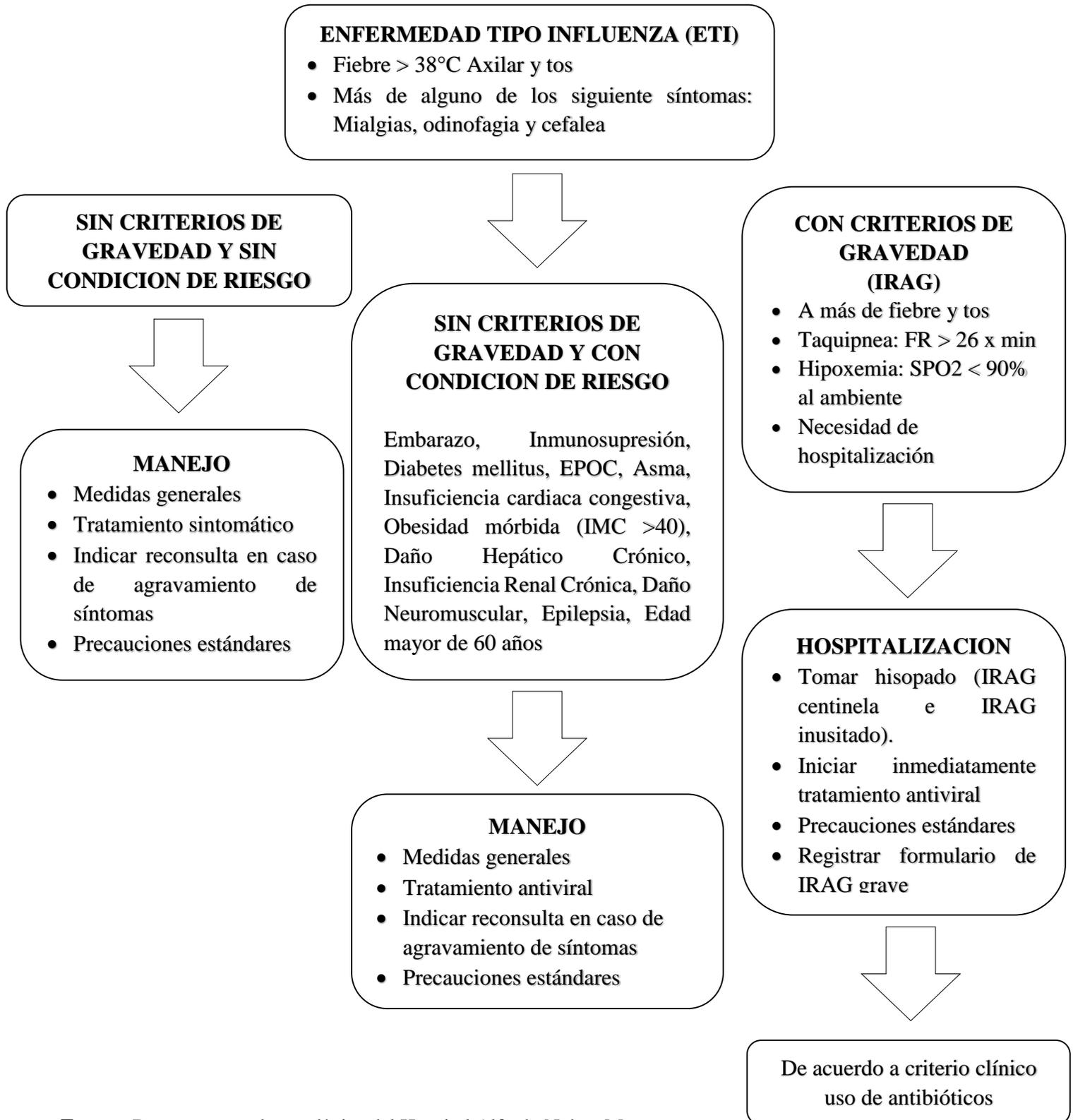
- Aislamiento respiratorio.
- Utilizar prendas de protección personal.
 - Bata
 - Mascarilla quirúrgica (paciente)
 - Mascarilla N95 (personal de salud)
 - Protectores oculares
 - Guantes de manejo
- Aplicar protocolo de higiene de manos.
- Limitar visitas e ingreso del personal de salud.
- Desinfectar superficies y objetos que conforman el entorno de paciente, con solución de hipoclorito.

2.2.22. Medidas preventivas

- La vacunación es la principal medida de prevención
- Lavado de manos frecuente con agua y jabón.
- Al toser y estornudar, cubrirse la nariz y boca con un pañuelo desechable o con el ángulo interno del codo.

- No escupir en el suelo, hacerlo en un pañuelo desechable, tirarlo a la basura y lavarse las manos.
- Mantener la higiene adecuada del entorno
- Ventilar el entorno permitiendo la entrada de la luz solar.
- Limpiar superficies y objetos de uso frecuente.
- No compartir vasos, cubiertos o alimentos con otras personas.
- Guardar reposo cuando se tienen padecimientos respiratorios y acudir al médico si se presenta alguno de los síntomas ya mencionados.
- Alimentación en base a verduras, frutas y agua.
- Evitar lugares concurridos.
- Evitar saludos de mano y besos.

CUADRO N° 6. ALGORITMO DE ATENCION DE CASOS CLINICOS DE INFLUENZA EN ADULTOS

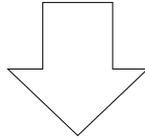


Fuente: Departamento de estadística del Hospital Alfredo Noboa Montenegro
Elaborado por: Dr. Guillermo Lombeyda.

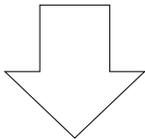
CUADRO N° 7. ALGORITMO DE ATENCION DE CASOS CLINICOS DE INFLUENZA EN NIÑOS

ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

- Fiebre > 38°C Axilar y tos
- Más de alguno de los siguiente síntomas:
Mialgias, odinofagia y cefalea



SIN CRITERIOS DE GRAVEDAD Y SIN CONDICION DE RIESGO

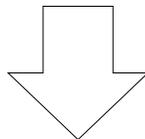


MANEJO AMBULATORIO

- Medidas generales.
- Tratamiento sintomático
- Indicar reconsulta en caso de agravamiento de síntomas o presentar algún signo de alarma.
- Precauciones estándares

SIN CRITERIOS DE GRAVEDAD Y CON CONDICION DE RIESGO

Edad menor de 2 años, Inmunosupresión, Diabetes, Daño Pulmonar Crónico, Asma, Cardiopatías Congénitas, Insuficiencia Renal Crónica, Enfermedad neuromuscular, Epilepsia.

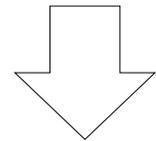


MANEJO AMBULATORIO

- Medidas generales
- Tratamiento antiviral
- Indicar reconsulta en caso de agravamiento de síntomas
- Precauciones estándares

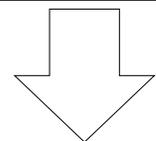
CON CRITERIOS DE GRAVEDAD (IRAG)

- A más de fiebre y tos
- Taquipnea, según edad.
- Hipoxemia: SPO2 < 90% al ambiente.
- Necesidad de hospitalización.



HOSPITALIZACION

- Tomar hisopado (IRAG centinela e IRAG inusitado).
- Iniciar inmediatamente tratamiento antiviral.
- Precauciones estándares.
- Registrar formulario de IRAG grave.



De acuerdo a criterio clínico
uso de antibióticos

2.2.23. Modelo de Virginia Henderson

Ante la necesidad de encontrar un modelo que sea aplicable a la influenza AH1N1 y además sea útil en nuestro medio y que se puedan hacer adaptaciones necesarias para ser aceptado y puesto en práctica por la enfermeras, se seleccionó el modelo de Virginia Henderson que se sustenta en las catorce necesidades básicas del ser humano. Según este modelo se estructura la presente investigación.

2.2.24. Virginia Henderson

Nació en Natural Kansas city, Missouri el 19 de marzo de 1897. La quinta hija de una familia de ocho hermanos, estudio en Virginia ya que su padre ejercía la abogacía.

En 1918 se interesó por la enfermería donde inicia sus estudios en la Escuela de Enfermería del ejército en Washington D.C. y se graduó en 1921. Después, acepto un puesto de enfermera en el Henry Street Visiting Nursing Service de Nueva York. En 1922, Henderson empezó a dar clases de enfermaría en Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco Años después, entro al Teacher College de la Universidad de Columbia, donde se licencio como profesora de enfermería y posteriormente realizó un master.

Henderson se desempeñó como tutora e investigadora, reescribe la cuarta edición del libro de Berta Harmer de 1939. Textbook of the Principles and Practice of Nursing y la quinta edición del libro fue publicado en el año de 1955, donde incluía la definición de enfermería de Henderson.

A principios del año 50 empezó a colaborar con la Universidad de Yale donde potenció la investigación de enfermería. En 1959 hasta 1971, dirigió un proyecto para elaborar el Nursing Studies Index, conjuntamente con la Universidad de Yale, el mismo que consiste en un índice de anotaciones sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería. Henderson fue cofundadora de Interagency

Council on Information Resources for Nursing, creado para manejar el conjunto de información relacionado con la enfermería, fue la primera presidenta de la International Nursing Index Editorial Advisory Committee.

Gracias a sus logros y a su influencia en la profesión fue nombrada doctora *honoris causa* por más de nueve ocasiones. En 1988, recibió una mención especial por sus contribuciones a la investigación, educación y a la profesionalización de la enfermería.

Henderson murió en Marzo de 1996 a los 98 años. Su definición de enfermería es conocida en todo el mundo y su trabajo continuo en la práctica, la enseñanza y la investigación de las enfermeras en todo el mundo, convirtiéndose en una leyenda viviente y por ello la biblioteca de Sigma Theta Tau International lleva su nombre. (Ann Murriner, 2005)

2.2.25. Filosofía

El modelo de Virginia Henderson se ubica en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital.

En su libro *The Nature of Nursing (La Naturaleza de la Enfermería)* publicado por Virginia Henderson ofrecía una definición de la enfermería, donde otorga a la enfermera un rol complementario/suplementario en la satisfacción de las 14 necesidades básicas de la persona.

El desarrollo de este rol, a través de los cuidados básicos de enfermería, legitima y clarifica la función de la enfermera como profesional independiente en sus actividades asistenciales, docentes, investigadoras y gestoras, al tiempo que ayuda a delimitar su área de colaboración con los restantes miembros del equipo de cuidados.

“La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades en el proceso salud enfermedad (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible”. (Jaen, 2011)

Durante la investigación, resulta de interés su particular visión sobre la función autónoma de la enfermera, el planteamiento de la colaboración con otros profesionales del equipo de salud, en la aplicación y seguimiento del programa terapéutico, para beneficio del paciente considerando a la persona como centro del sistema, otorgándole un papel activo en su proceso de salud.

2.2.26. Asunciones filosóficas

- La enfermera tiene una función propia, ayudar a individuos sanos o enfermos, pero también puede compartir actividades con otros profesionales como miembro del equipo de salud.
- La sociedad espera un servicio de la enfermería que ningún otro profesional puede darle.
- La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas. La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla. Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo y requiere ayuda para conseguir su independencia. (Jaen, 2011)

2.2.27. Propositiones

- La persona es un ser integral, una unidad con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí. La persona y familia forman una unidad.
- El entorno es el conjunto factores y condiciones externas, entre ellas las relaciones con la familia y la comunidad. Las condiciones, son dinámicas y pueden afectar a la salud y al desarrollo.

- La enfermería es un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. Requiere de conocimientos básicos de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas para ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas.
- La salud es el máximo grado de independencia que permite la mejor calidad de vida, un estado en el cual la persona puede trabajar, desarrollarse y alcanzar el potencial más alto de satisfacción en la vida, satisface las 14 necesidades básicas. La persona necesita independencia para poder satisfacer las necesidades básicas por sí misma, o cuando esto no es posible, la ayuda de otros.
- Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo. (Jaen, 2011)

2.2.28. Afirmaciones teóricas

a) La relación enfermera- paciente

Pueden identificarse tres niveles de relaciones entre la enfermera y el paciente, que van de una dependencia mayor a menor:

b) La enfermera como sustituta del paciente.

Compensa lo que le falta a la persona cuando se encuentra en un estado grave o crítico. Cubre sus carencias y realiza las funciones que no puede hacer por sí misma. Convirtiéndose filosóficamente hablando, en el cuerpo del paciente para cubrir sus necesidades como si fuera ella misma.

c) La enfermera como ayudante del paciente.

Establece las intervenciones durante su convalecencia, ayuda al paciente para que recupere su independencia, apoya y ayuda en las necesidades que la persona no puede realizar por sí misma.

d) La enfermera como compañera del paciente.

Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud, supervisando y educando en el autocuidado.

(Jaen, 2011)

2.2.29. Metodología aplicada de Virginia Henderson

Henderson aplica el método deductivo de razonamiento lógico en el desarrollo de su definición en enfermería, señaló. “Para que la enfermera ejerza su profesión de forma experta y aproveche los métodos científicos y para mejorar sus técnicas, resalta la importancia de crear en los estudiantes de enfermería el hábito de preguntar, participar en cursos de biología, física y sociología u otras humanidades adentrarse en otros campos del saber, observar una atención eficaz y ofrecerlas en diversas circunstancias. (Yarisa Sigué, Juana Paneque, 2014)

2.2.30. Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos de enfermería

Enfermería

Henderson definió la enfermería en términos funcionales. Afirmó: “La función única de una enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan en su proceso salud/enfermedad (o a una muerte tranquila) y que este podría realizar sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Asimismo, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible”. (Ann Murriner, 2005)

Salud

Henderson no dio ninguna definición propia de salud, pero en sus obras utilizaba salud como sinónimo de independencia, mencionó muchas definiciones de salud procedentes de varias fuentes, entre ellas de la Organización Mundial de Salud. Consideraba que la salud dependía de la persona para satisfacer por sí misma las 14 necesidades básicas sin ayuda. Afirmaba: “Es más importante la calidad de la salud

que la vida en sí misma, ese vigor de energía mental/física que permite trabajar del modo más eficaz y alcanzar el nivel más potencial y más alto de satisfacción en la vida” (Ann Murriner, 2005)

Entorno

Tampoco Henderson dio su propia definición de este término. Utilizó la definición del, Websters new Collegiate Dictionary, que definía el entorno como “El conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”. Incluye relaciones con la propia familia y las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados. (Ann Murriner, 2005)

Persona (Paciente)

Henderson consideraba que el paciente era un individuo que precisa asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en tranquila, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. (Ann Murriner, 2005)

Necesidades

No existe ninguna definición específica de necesidades pero Henderson indico 14 necesidades básicas del paciente que son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas. Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera diferente. (Ann Murriner, 2005)

2.2.31. Necesidades de Virginia Henderson

1. Respirar normalmente (Respiración y Circulación).
2. Comer y beber adecuadamente (Alimentación).
3. Eliminar por todas las vías corporales (Eliminación).
4. Moverse y mantener posturas adecuadas (Movilización).
5. Dormir y descansar (Reposo).
6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse (Vestirse y Desvestirse).
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente (Termorregulación).
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel (Higiene Piel).
9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas (Seguridad).
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones (Comunicación).
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias (Valores y Creencias).
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal (Trabajar y Realizarse).
13. Participar en actividades recreativas (Ocio).
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles (Aprender).

Al realizar esta investigación se considera pertinente la clasificación de las 14 necesidades de Virgínea Henderson en base a tres dimensiones: Biológica, Psicosocial y Cultural.

Cuadro N° 8. Clasificación de las 14 necesidades por dimensiones.

DIMENSION	NECESIDADES
BIOLÓGICA	<ol style="list-style-type: none">1. Respirar normalmente.2. Comer y beber adecuadamente.3. Eliminar por todas las vías corporales4. Moverse y mantener posturas adecuadas.5. Dormir y descansar.6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.

	<p>7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.</p> <p>8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.</p> <p>9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.</p>
PSICO-SOCIAL	<p>10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.</p> <p>12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.</p> <p>13. Participar en actividades recreativas.</p> <p>14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.</p>
CULTURAL	<p>11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.</p>

Fuente: Modelo de Virginia Henderson

Elaborado por: Barragán Tania y Gavilanes Miller.

2.2.32. Proceso de atención de enfermería aplicado al Modelo de Virginia Henderson.

Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería integrales y progresivos; se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas a las necesidades de salud. (Salazar, 2013)

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. Permite la conservación y el progreso de salud de la persona, mediante acciones organizadas, es decir, conseguir la calidad de los cuidados y la calidad de vida. (Canaria, 2002)

El método de Henderson para brindar el cuidado de enfermería al paciente es deliberado y obliga a tomar decisiones; responde a que el día a día consiste en ir resolviendo los problemas de salud en base a la satisfacción de las 14 necesidades

esto ayudaría al paciente a realizar su actividad para mantener su salud y lograr la independencia.

Las intervenciones son personalizadas, dependiendo de los problemas identificados al realizar la valoración de las 14 necesidades que van de lo biológico a lo psicosocial y cultural. La evaluación de las intervenciones está encaminada a determinar el grado de independencia.

Etapas del Proceso de Atención de Enfermería

- Valoración
- Diagnostico
- Planificación
- Intervención
- Evaluación

Valoración de enfermería

Es el proceso organizado y sistemático de recogida de datos objetivos y subjetivos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un usuario, se considera la base para formular el diagnóstico de enfermería, planificar, actuar y evaluar las acciones realizadas. Esta etapa permite determinar el nivel de dependencia e independencia para la satisfacción de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

Diagnóstico de enfermería

Es la descripción de un estado de alteración o juicio clínico real o potencial de un individuo, familia y comunidad, obtenida de la valoración que requiere de intervenciones de enfermería para la satisfacción de las 14 necesidades de Virginia Henderson que se desarrolla. El diagnóstico de enfermería que se detalla en el presente documento se realiza en base al PES, como a continuación se describe.

- **P= problema:** Es la afectación, dificultad, déficit que detectamos al reunir los datos obtenidos de la valoración.
- **E= etiología:** Causas que favorecen la aparición del problema de salud.
- **S= signos y síntomas:** Manifestaciones objetivas y subjetivas del problema.

Tipos de diagnóstico de enfermería según el PES

- **Reales**
Describe la respuesta actual ante un problema de salud, se utiliza para su formulación el PES (Problema, Etiología, Signos y síntomas).
Ejemplo: **P/**. Patrón respiratorio ineficaz. **R/C**. Implantación del virus en el epitelio de las vías respiratorias. **M/P**. Taquipnea, disnea, aleteo nasal, cianosis.
- **De riesgo**
Describe problemas que pueden presentarse en un futuro próximo, y siempre se inician con el término (Riesgo), se utiliza el PE (problema y etiología).
Ejemplo: **P/**. Riesgo de caídas. **R/C**. Deterioro del estado de conciencia, uso de sedantes y peligros ambientales.
- **De promoción de salud**
Es un juicio clínico sobre la motivación y deseo de una persona, familia o comunidad para aumentar su bienestar, actualizar su potencial humano y mejorar conductas de salud específicas, para su formulación de utiliza el PS (problema, signos y síntomas) inicia con el término “Disposición para”
Ejemplo: **P/**. Disposición para mejorar los conocimientos. **M/P**. Interés sobre patología.

Planificación

Obtenido el diagnóstico de enfermería la planificación permite formular objetivos de independencia en base a la priorización de problemas identificados y determinar actividades que implique a la persona para su propio cuidado.

Intervención

Es la fase donde la enfermera realiza actividades individualizadas según principios holísticos para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o parar conseguir una muerte tranquila. Basadas en principios científicos que responden al ¿por qué? de las acciones de enfermería.

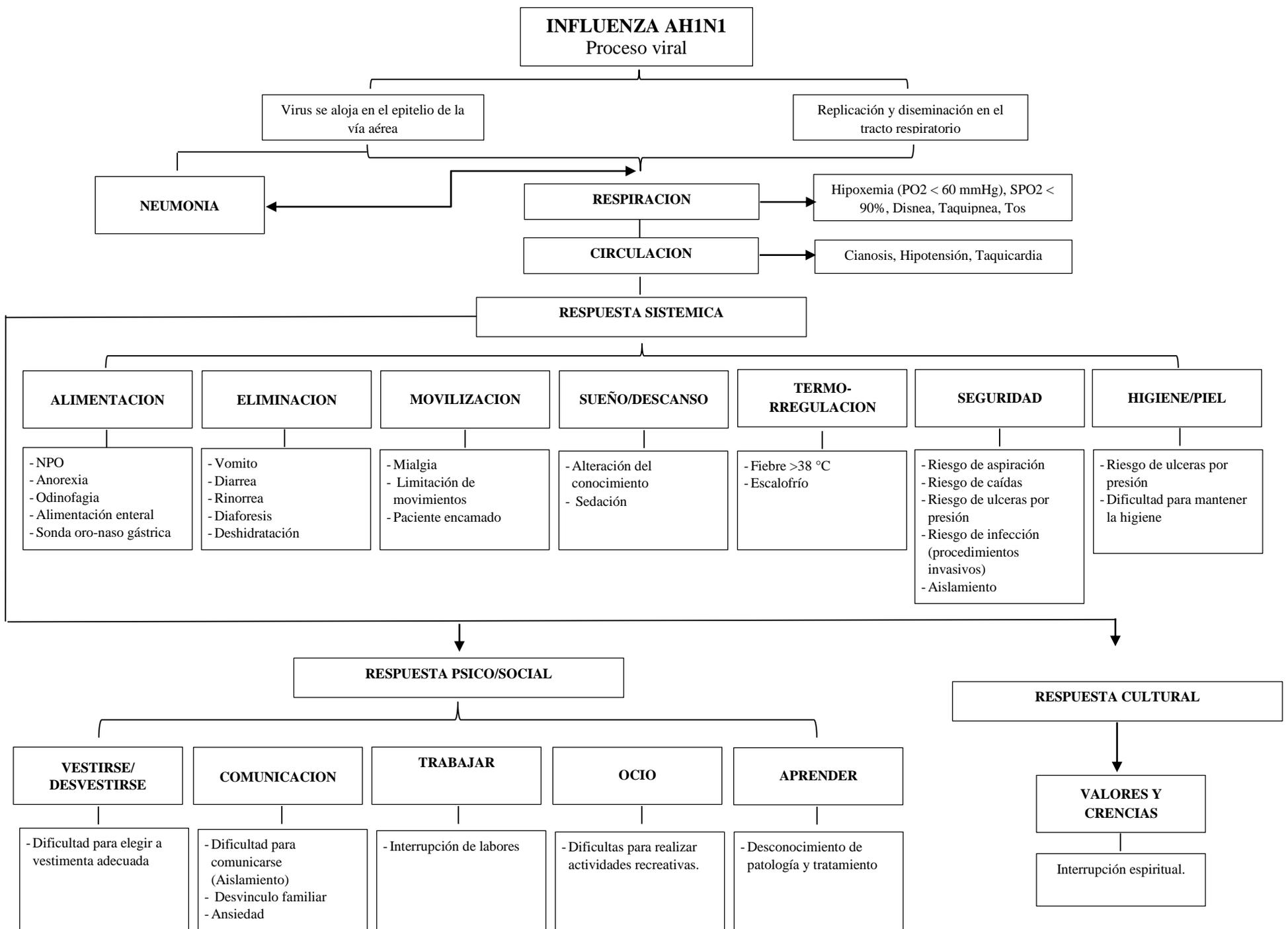
Según el modelo de Virginia Henderson la ejecución de actividades planificadas están orientadas a la satisfacción de las 14 necesidades, para el logro de la independencia del paciente.

Evaluación

Es la etapa final del proceso de atención de enfermería donde se compara el estado de salud del paciente con los objetivos establecidos en la planificación.

La evaluación para Virginia Henderson consiste en determinar los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la ejecución.

El modelo de Virginia Henderson se relaciona íntimamente con el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), a continuación se describe cada necesidad y su aplicación con la influenza AH1N1 para la satisfacción de necesidades y el logro de la independencia.



Cuadro N° 9. Árbol de Problemas y subproblemas identificados en las 14 necesidades de Virginia Henderson en los Influenza AH1N1.
Fuente: Modelo de Virginia Henderson
Elaborado por: Barragán Tania y Gavilanes Miller.

2.2.33. Respirar normalmente.

Al analizar y comprender la importancia de esta necesidad se determinó que el acto de respirar es un sinónimo de vida, por tanto ninguna otra función orgánica ha sido tan estrechamente relacionada al proceso salud, enfermedad y muerte, está íntimamente relacionada con el patrón circulatorio de manera que un adecuado intercambio gaseoso, asegura una buena circulación y por tanto el funcionamiento del organismo, he ahí la importancia de realizar una buena valoración y el actuar de enfermería para la satisfacción de esta necesidad.

Al relacionar esta necesidad con la Influenza AH1N1 el patrón respiratorio y circulatorio se encuentra afectado ya que el virus se implanta en el epitelio de la vía aérea, diseminándose por el tracto respiratorio, presentando signos de dificultad respiratoria y generando una respuesta sistémica. Por tanto la satisfacción de esta necesidad hace necesaria la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, que a continuación se detalla:

Nota: Sírvase leer los siguientes cuadros, descritos en cada necesidad de manera individual.

Valoración	Diagnósticos de Enfermería	Intervenciones
<ul style="list-style-type: none"> - Constantes vitales (frecuencia cardiaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno) - Signos de dificultad respiratoria - Ruidos respiratorios - Requerimiento de oxígeno 	<p>P/. Patrón respiratorio ineficaz. R/C. Implantación del virus en el epitelio de la vía respiratoria. M/P Taquipnea Disnea Aleteo nasal Cianosis</p> <p>P/. Deterioro del intercambio gaseoso. R/C Cambios en la membrana alveolo capilar. M/P Taquicardia Hipoxemia Cianosis</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Colocación en posición semifowler. - Administración de oxígeno, por sistema de alto o bajo flujo, según requerimiento. - Control de signos vitales (FR, FC, TA, TAM, SOP2, T°). - Valorar y comunicar signos de dificultad respiratoria, según escala utilizada en el servicio. - Colaborar en la toma de muestra para gasometría. - Calcular y registrar FiO2 y PaFi

<ul style="list-style-type: none"> - Tos - Secreción de vía aérea. - Dolor torácico - Antecedentes patológicos farmacológicos y 	<p>P/. Deterioro de la respiración espontánea. R/C Fatiga de los músculos respiratorios. M/P Uso de músculos accesorios. Disnea</p> <p>P/. Limpieza ineficaz de las vías aéreas. R/C Descamación de las células secretoras de moco. M/P Rinorrea Secreción oro-traqueal y bronquial.</p> <p>P/. Perfusión tisular ineficaz. R/C. Inadecuado intercambio gaseoso. M/P Cianosis Hipotensión Taquicardia.</p> <p>P/. Dolor agudo R/C. Respuesta inflamatoria M/P Odinofagia.</p> <p>P/. Riesgo de infección R/C colonización de bacterias en el tracto respiratorio. M/P. Leucocitosis</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aspirar secreciones. - Asistir en la intubación y extubación endotraqueal. - Aplicar cuidados en la colocación y destete de ventilación mecánica. - Asistir y aplicar cuidados de vía central. - Administrar medicamentos prescritos. - Realizar nebulizaciones con medicamento prescrito.
---	---	---

2.2.34. Comer y beber adecuadamente.

La necesidad comer y beber es esencial para todo ser humano porque permite mantener su vida y asegura su bienestar, en esta necesidad incluye todos los mecanismos y procesos que van a intervenir en la provisión de alimentos y líquidos, así como en su ingestión, deglución,

digestión e integración de los nutrientes para cubrir con los requerimientos necesarios del organismo. (Chamocho, 2015).

En la influenza AH1N1 esta necesidad se ve afectada por el riesgo de aspiración por taquipnea, además el deterioro de la respiración hace necesaria la utilización de una vía aérea artificial y como consecuencia la restricción de la vía oral conllevando a la alimentación enteral y parenteral si esta última amerita. Para satisfacer esta necesidad es necesario aplicar el Proceso de Atención de Enfermería, que a continuación se detalla:

Valoración	Diagnósticos de enfermería	Intervenciones
<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de alimentación. - Hidratación parenteral. - Anorexia. - Dificultad para alimentarse. - Glicemia - Medidas antropométricas. - Antecedentes patológicos y farmacológicos. 	<p>P/. Alteración de la nutrición. R/C. Utilización de vía aérea artificial. M/P. IMC menor de 19.</p> <p>P/. Riesgo de aspiración R/C. Taquipnea.</p> <p>P/. Ingesta inadecuada. R/C. Proceso patológico. M/P. Anorexia y Odinofagia.</p> <p>P/. Incapacidad para alimentarse. R/C. Utilización de sedo-analgésicos M/P. Utilización de suplementos alimenticios por vía enteral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar dieta prescrita. - Incentivar la importancia de la ingesta diaria. - Brindar líquidos a tolerancia. - Tomar medidas antropométricas (peso, talla) - Calcular IMC - Asistir en la colocación de sonda naso u orogástrica. - Preparar y proporcionar alimentación enteral, según indicación médica (frecuencia, cantidad) - Realizar control de glicemia. - Canalizar y brindar cuidados de vía periférica. - Asistir en la colocación de vía central. - Administración de líquidos y electrolitos parenterales prescritos.

2.2.35. Eliminar por todas las vías corporales

Para Virginia Henderson fue importante valorar la necesidad de eliminación que tiene cada una de las personas ya que el organismo necesita eliminar desechos que genera como resultado del metabolismo para el correcto funcionamiento del organismo.

En la influenza AH1N1 esta necesidad se ve afectada por la presencia de diarrea, vómito, diaforesis, rinorrea, deshidratación como consecuencia de la fiebre. La satisfacción de esta necesidad hace necesaria la aplicación del proceso de atención de enfermería, que a continuación se detalla:

Valoración	Diagnósticos de enfermería	Intervenciones
<ul style="list-style-type: none"> - Presencia y características del vómito. - Residuo gástrico. - Ruidos hidroaéreos - Características abdomen. - Eliminación urinaria. - Medios invasivos utilizados para la eliminación. - Características de la eliminación fecal. - Antecedentes patológicos y farmacológicos. 	<p>P/. Deterioro de la eliminación urinaria espontánea. R/C. Tiempo prolongado en cama. M/P. Incontinencia.</p> <p>P/. Riesgo de infección. R/C. Catéter vesical</p> <p>P/. Riesgo de estreñimiento. R/C. Usuario encamado.</p> <p>P/. Disminución de la motilidad intestinal R/C. Usuario encamado. M/P. Ruidos hidroaereos disminuidos, estreñimiento, residuo gástrico > 200 ml en 6 horas.</p> <p>P/. Alteración gastrointestinal R/C. Respuesta inflamatoria del virus. M/P. Vómito, Diarrea.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Controlar la frecuencia de eliminación fecal. - Valorar la presencia de ruidos hidroaereos. - Asistir en la colocación y brinda cuidados de sonda vesical. - Controlar diuresis horaria. - Valorar características de la diuresis. - Mantener al paciente en posición semifowler, para evitar broncoaspiracion. - Valorar la presencia, frecuencia y características del vomito. - Realizar nebulizaciones con medicamento prescrito (broncodilatadores y corticoides) - Realizar drenaje postural, si amerita.

	<p>P/. Aumento de la producción mucosa. R/C. Vasodilatación nasal M/P. Rinorrea.</p> <p>P/. Riesgo de desequilibrio hidro-electrolítico. R/C. Diaforesis, vómito, diarrea, fiebre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar la presencia, cantidad y características de la expectoración y secreciones nasales. - Canalización y cuidados de vía periférica. - Administración de líquidos y electrolitos prescritos. - Administración de medicamentos prescritos (laxantes, antieméticos, diuréticos). - Controlar curva térmica. - Realizar control de ingesta y excreta.
--	--	---

2.2.36. Moverse y mantener posturas adecuadas.

Virginia Henderson considera importante la necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas en los pacientes, determina en gran medida la independencia de las personas para mantener la integridad en la realización de actividades cotidianas, sin embargo; la inmovilidad provoca alteraciones del cuerpo humano tanto biológicas, psicológicas y socioculturales.

En la influenza AH1N1, esta necesidad se ve afectada por la debilidad y dolor muscular, además, el deterioro de estado de conciencia que conlleva al ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y por consiguiente la utilización de sedo-analgésia y procedimientos invasivos que dificultan la movilidad, obligando a la prolongación del reposo en cama.

De esta manera el Proceso de Atención de Enfermería que a continuación se detalla, constituye un medio para la satisfacción de esta necesidad.

Valoración	Diagnósticos de enfermería	Intervenciones
<ul style="list-style-type: none"> - Situación actual (Deambulante Sillón-Cama Encamado) - Requiere ayuda para la movilización. - Uso de dispositivos - Limitación de Movimientos 	<p>P/. Deterioro de la ambulación. R/C. Proceso patológico. M/P. Mialgia, fatiga, debilidad.</p> <p>P/. Deterioro de la movilidad física. R/C. Sedo-analgésia. M/P. Flacidez</p> <p>P/. Deterioro del estado de conciencia R/C. Agravamiento del cuadro patológico M/P. Dificultad para moverse y deambular.</p> <p>P/. Dificultad para el traslado. R/C. Debilidad muscular. M/P. Requerimiento de apoyo para el traslado.</p> <p>P/. Riesgo de caídas. R/C. Deterioro del estado de conciencia, uso de sedantes y peligros ambientales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de seguridad. - Brindar seguridad al paciente al momento del traslado de la cama a la camilla o silla de ruedas. - Ayudar a mantener una posición adecuada. - Realizar cambios de posición. - Realiza ejercicios activos y pasivos al paciente, para mantener o restablecer la flexibilidad y equilibrio corporal. - Aplicar protocolo de prevención de caídas (escala Downton). - Facilitar la sustitución de actividades cuando el paciente tenga limitaciones de energía o movimiento.

2.2.37. Dormir y descansar.

El sueño y el descanso son necesidades básicas e indispensables para la persona por las importantes funciones reparadoras que ejercen en el organismo, luego de actividades rutinarias de la vida, para mantener la salud.

Las personas tienen la necesidad de dormir y descansar durante toda la vida, por tanto sin sueño y descanso sería difícil lograr una adecuada capacidad concentración, enjuiciamiento y desenvolvimiento de las actividades cotidianas, la falta o carencia de la misma produciría

irritabilidad y por consiguiente la enfermedad y el gasto exagerado de energía que no será recuperada si esta necesidad no es satisfecha. (Jaen, 2011)

La influenza AH1N1 altera esta necesidad por la dificultad para respirar adecuadamente, el dolor generalizado, ansiedad y por el tiempo de estancia hospitalaria. La valoración de enfermería resulta importante porque describe la capacidad de la persona para cubrir esta necesidad, con el fin de intervenir eficaz y oportunamente, como a continuación se describe.

Valoración	Diagnósticos de enfermería	Intervenciones
<ul style="list-style-type: none"> - Estado de conciencia - Horas de sueño diarias - Fatiga - Glasgow - Alteraciones del sueño - Medicamentos 	<p>P/. Alteración en el patrón de sueño. R/C. Estancia hospitalaria, tratamiento, dolor, disnea M/P. Cansancio, ansiedad, irritabilidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar escala de Glasgow. - Comprobar el esquema de sueño del paciente. - Observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias y frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño. - Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño. - Valorar dolor según escala. - Administra medicamentos prescritos (analgésicos y sedantes).

2.2.38. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.

Para la satisfacción de esta necesidad implican capacidades cognitivas que permitan elegir adecuadamente las prendas de vestir, así como habilidades físicas (fuerza, coordinación de movimientos, flexibilidad articular) suficientes para ponerse y quitarse la ropa. Además de constituir un elemento representativo de la personalidad del paciente. (Jaen, 2011)

La influenza AH1N1, compromete esta necesidad por el dolor, debilidad muscular y deterioro del estado de conciencia, que presenta el paciente al no disponer de la fuerza necesaria para poder vestirse y desvestirse, además por el cumplimiento del protocolo de ingreso del hospital (ropa hospitalaria) que interfiere con que él no puede escoger la ropa adecuada. A continuación se detalla el proceso de atención de enfermería para la satisfacción de esta necesidad.

Valoración	Diagnósticos de enfermería	Intervenciones
<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad y dificultad para vestirse y desvestirse. - Tipo de dificultad. - Utiliza prendas adecuadas según el ambiente. 	<p>P/. Déficit del autocuidado: Vestimenta.</p> <p>R/C. Dolor, sedación.</p> <p>M/P. Ayuda para poder vestirse/desvestirse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ayuda a vestirse y desvestirse. - Mantiene la intimidad del paciente mientras se viste. - Contribuye a la recuperación física del paciente. - Reafirma los esfuerzos para que logre vestirse por sí solo.

2.2.39. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.

Virginia Henderson promueve la salud a través de actividades que permitan mantener la temperatura dentro de parámetros normales, actuar ante alteraciones relacionadas con enfermedades y prevenir complicaciones derivadas de éstas.

En la influenza AH1N1, se presenta hipertermia, por tanto las acciones de enfermería según esta necesidad están encaminadas a regular la temperatura corporal, disminuyendo hasta obtener valores normales, como se detalla a continuación según el Proceso de Atención de Enfermería.

Valoración	Diagnósticos de Enfermería	Intervenciones
<ul style="list-style-type: none"> - Temperatura - Color de piel - Escalofrío - Temperatura al tacto. 	<p>P/. Termorregulación ineficaz. R/C. Liberación de mediadores humorales de inflamación. M/P. Temperatura axilar > 38°C, rubicundez, escalofrío.</p> <p>P/. Proceso infeccioso. R/C. Colonización de bacterias en el tracto respiratorio. M/P. Leucocitosis, fiebre, rubicundez.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Control y registro de curva térmica. - Valorar el color y temperatura de la piel. - Aplicar medios físicos. - Adecuar el entorno, según necesidades del paciente (ventilación de la habitación, ropa ligera). - Administrar antipiréticos prescritos. - Administrar antibióticos prescritos.

2.2.40. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.

El grado de higiene corporal es considerado un signo externo del estado de salud de la persona, esta necesidad tiene un valor tanto fisiológico como psicológico. Por otro lado, es imprescindible tener una piel íntegra, sana, limpia y cuidada que nos permita protegernos de las agresiones del medio y de la penetración de elementos no deseados en el organismo. (Jaen, 2011)

Al relacionar esta necesidad con la Influenza AH1N1, podemos observar que el uso de sedantes prolonga el tiempo de reposo en cama, dificultando el mantenimiento de la higiene autónoma y elevando el riesgo de úlceras por presión, además los procedimientos invasivos realizados para el diagnóstico y tratamiento, durante la estancia hospitalaria deterioran la integridad cutánea, haciendo susceptible al paciente a que sufra infecciones.

Resulta importante la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería que a continuación se describe:

Valoración	Diagnósticos de enfermería	Intervenciones
<ul style="list-style-type: none"> - Higiene personal. - Capacidad para mantener higiene. - Tipo de ayuda que precisa. - Estado de piel y mucosas. - Turgencia. - Presencia de úlceras por presión. - Heridas. 	<p>P/. Riesgo de úlceras por presión R/C. Tiempo prolongado en cama, limitación de movimientos.</p> <p>P/. Déficit del autocuidado: Higiene R/C. Sedación, dolor y debilidad muscular M/P. Ayuda para mantener la higiene personal</p> <p>P/. Riesgo de infección. R/C. Procedimientos invasivos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Brindar medidas de confort (baño, aseo de cavidades, higiene oral). - Aplicar el protocolo de prevención de úlceras por presión (Escala Norton) - Valorar el estado y características de la piel turgencia, elasticidad, color. - Hidratar la piel del paciente. - Asistir en la curación de úlceras por presión. - Valorar la integridad cutánea causada por procedimientos invasivos realizados al paciente.

2.2.41. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.

Se necesita de conocimiento y habilidades necesarias que permitan identificar las condiciones ambientales y conductuales que favorecen o aumentan el riesgo de sufrir accidentes que influyen en el mantenimiento de la seguridad física y las dificultades o limitaciones para mantenerla, como los sentimientos y emociones asociados a una situación de peligro, la capacidad para afrontarla, y cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas. (Jaen, 2011)

Al ser la influenza AH1N1 una infección respiratoria viral de alta transmisibilidad, hace necesario la aplicación de normas de bioseguridad, para evitar el contagio a familiares y personal de salud, así mismo por el deterioro orgánico que genera la enfermedad el paciente se ve sometido a un sin número de riesgos, haciendo necesaria la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería para prevenir dichos riesgos, satisfaciendo esta necesidad.

Valoración	Diagnósticos de enfermería	Intervenciones
<ul style="list-style-type: none"> - Déficits sensoriales. - Caídas previas. - Estado de conciencia. - Conocimiento sobre la patología. - Aislamiento. - Alergias conocidas. - Colaboración en el tratamiento. - Vacunación contra influenza. - Peligros ambientales. - Riesgo de aspiración. - Riesgo de contagio a otras personas. 	<p>P/. Riesgo de aspiración R/C. Deterioro de la respiración.</p> <p>P/. Riesgo de úlceras por presión R/C. Tiempo prolongado en cama, limitación de movimientos.</p> <p>P/. Riesgo de infección. R/C. Procedimientos invasivos, colonización de bacterias en el tracto respiratorio.</p> <p>P/. Riesgo de caídas. R/C. Deterioro del estado de conciencia, uso de sedantes y peligros ambientales.</p> <p>P/. Riesgo de contagio a terceros. R/C. Alta transmisibilidad del virus.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar protocolo de prevención de caídas (Escala Downton) - Adecuar el entorno para evitar lesiones (barandales de cama, iluminación adecuada, pisos seguros). - Brindar medidas de confort (baño, aseo de cavidades, higiene oral). - Aplicar el protocolo de prevención de úlceras por presión (Escala Norton) - Valorar el estado y características de la piel turgencia, elasticidad, color. - Hidratar la piel del paciente. - Asistir en la curación de úlceras por presión. - Valorar la integridad cutánea causada por procedimientos invasivos realizados al paciente. - Educar al usuario y familia sobre medidas preventivas y mecanismos de transmisión del virus de la influenza AH1N1. - Educar al usuario y familia sobre la importancia del aislamiento.

		<ul style="list-style-type: none"> - Contribuir a mantener al paciente aislado. - Educar al usuario y familia sobre la forma correcta de toser y estornudar. - Aplicar protocolo de higiene de manos (personal, familiares y usuario) - Educar al usuario y familia sobre la importancia de utilizar prendas de protección personal. - Colocación de mascarilla N95 al personal sanitario. - Colocar al usuario mascarilla quirúrgica. - Educar al usuario y familia sobre la importancia de cumplir el régimen terapéutico. - Administrar medicamentos prescritos (antiviral, antibióticos, antieméticos). - Aplicar cuidados de enfermería en la administración de medicamentos. - Participar en la toma de muestra de hisopado-nasofaríngeo. - Participar en los medios auxiliares de diagnóstico. - Realizar cambios de posición
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Colocar en posición semifowler. - Aplicar protocolo manejo de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria, (cuidados de vía periférica, centra, catéter vesical y ventilación mecánica). - Aplicación de protocolo de eventos trombolíticos.
--	--	--

2.2.42. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.

Para el ser humano es fundamental expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones, interactuando con el resto de personas y con su entorno. Las emociones están íntimamente ligadas a alteraciones de salud tanto física como psicológica. El ser humano por naturaleza siente la necesidad de comunicarse y relacionarse. (Jaen, 2011)

En la Influenza AH1N1, esta necesidad se ve alterada por el riesgo de contagio que existe, obligando a aislar al paciente, limitando las visitas, además por los efectos de la sedo-analgesia este no se puede comunicar, por tanto el cuidado de enfermería está orientado a establecer líneas de comunicación entre paciente, personal de salud y familiares.

Valoración	Diagnósticos de enfermería	Intervenciones
<ul style="list-style-type: none"> - Estado de ánimo. - Manifiesta necesidades. - Manifiesta sentimientos. - Solicita información. 	<p>P/. Deterioro de la interacción social</p> <p>R/C. Aislamiento, sedo-analgesia.</p> <p>M/P. Tristeza, depresión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Contribuye a la comunicación con familiares - Establece líneas de comunicación paciente-enfermera. - Brinda apoyo psicológico.

<ul style="list-style-type: none"> - Limitaciones para comunicarse. 	<p>P/. Interrupción de procesos familiares. R/C. Estancia hospitalaria y restricción de visitas familiares. M/P. Expresión de deseo de contacto familiar, irritabilidad, ansiedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Establece vínculo médico-paciente. - Promueve la expresión de inquietudes, emociones, necesidades y opiniones. - Utiliza un lenguaje según el nivel de educación del paciente
--	---	---

2.2.43. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.

Ésta necesidad guía las decisiones y opciones vitales de la persona, ya que piensan, actúan y toman decisiones en función de sus propios valores y creencias Además posee una importante relación con el estado anímico y de pertenencia a un grupo.

Ésta necesidad debe ser satisfecha por parte de la enfermera respetando los valores y creencias, prestando especial atención ya que esta adquiere mayor importancia en momentos de enfermedad y podría constituir un apoyo para ayudar a las personas a afrontar y adaptarse a su situación actual y futura.

La influenza AH1N1 afecta esta necesidad por el aislamiento y estancia hospitalaria impidiendo de esta manera que el paciente participe en sus actividades espirituales. A continuación se detalla el proceso de atención de enfermería en base a esta necesidad.

Valoración	Diagnósticos de Enfermería	Intervenciones
<ul style="list-style-type: none"> - Religión - Solicita ayuda espiritual. - Utiliza medicina alternativa. 	<p>P/. Interrupción de la espiritualidad. R/C. Proceso patológico, sedo-analgésia, aislamiento. M/P. Expresa necesidad de ayuda espiritual, tristeza.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tratar al individuo con dignidad y respeto. - Brindar apoyo espiritual. - Permite el ingreso de un guía espiritual (pastor, sacerdote, siervo, religiosa/hermana), si solicita.

	P/. Ansiedad ante la muerte. R/C. Patología. M/P. Requiere ayuda espiritual.	- Fomentar el uso y la participación en cualquier ritual o práctica religiosa que no perjudica la salud.
--	---	--

2.2.44. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.

La necesidad de autorrealización valora la capacidad de actuar de manera que el individuo se sienta satisfecho consigo mismo y con el rol que debe desempeñar. Describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales y su efectividad, manifestado en términos de tolerancia al estrés.

La influenza AH1N1 afecta esta necesidad al no poder realizar el paciente sus labores cotidianas por el proceso patológico y la estancia hospitalaria.

Valoración	Diagnósticos de Enfermería	Intervenciones
- Tipo de trabajo. - Deseo de realización y superación. - Estrés.	P/. Interrupción de labores. R/C. Estancia hospitalaria prolongada, proceso patológico. M/P. Estrés, ansiedad, sentimiento de inutilidad.	- Indagar sobre el tipo de trabajo que realizaba el paciente. - Educa sobre cómo influye el tipo de trabajo que realiza en su estado de salud. - Educa sobre cómo sería su reintegración laboral después de su curación.

2.2.45. Participar en actividades recreativas.

El ser humano tiene necesidad de ocio y recreo, que según Virginia Henderson constituye un requisito fundamental indispensable para mantener su integridad. Una situación de salud/enfermedad o acontecimiento vital puede romper dicha integridad de la persona en su

situación de vida, como ocurre en la influenza AH1N1 ocasionando al individuo un problema de dependencia total o parcial para satisfacer esta necesidad, a continuación se detalla el Proceso de Atención de Enfermería.

Valoración	Diagnósticos de Enfermería	Intervenciones
<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de actividades recreativas que realiza. - Dificultad para realizar pasatiempos. 	<p>P/. Déficit de actividades recreativas. R/C. Entorno desprovisto de recursos recreativos, usuario encamado. M/P. Aburrimiento, ansiedad e irritabilidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Indagar sobre las actividades recreativas, hobbies que realizaba. - Educar sobre su realización después de su curación. - Permitir que se le proporcione medios de entretenimiento (periódico, libros, etc.)

2.2.46. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

La adquisición de conocimientos y adiestramiento del paciente se considera fundamental en los cuidados básicos de la persona para favorecer el manejo de la propia salud. Ésta puede empeorar o mejorar según el nivel de conocimientos que posea acerca de su proceso. (Jaen, 2011).

Con esta necesidad se pretende detectar las habilidades y conocimientos de la persona sobre las actividades beneficiosas para su salud, así como las limitaciones para el aprendizaje.

Valoración	Diagnósticos de enfermería	Intervenciones
<ul style="list-style-type: none"> - Limitaciones de aprendizaje - Conoce su estado de salud - 	<p>P/. Disposición para mejorar los conocimientos. M/P. Interés sobre su patología.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar el nivel de conocimiento del paciente y familia sobre el estado de salud. -

<ul style="list-style-type: none">- Conoce el régimen terapéutico- Se interesa por aprender.		<ul style="list-style-type: none">- Valorar el grado de interés sobre su patología (pronóstico, tratamiento)- Educar sobre los procedimientos que se realizan.- Educar sobre aspectos básicos de su patología.
---	--	--

EJEMPLO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA NECESIDAD RESPIRACIÓN /CIRCULACIÓN AFECTADA DIRECTAMENTE POR LA INFLUENZA AH1N1

Valoración	Diagnostico	Intervención	Principio Científico	Ejecución	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> - Constantes vitales (frecuencia cardiaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno) - Signos de dificultad respiratoria - Ruidos respiratorios - Requerimiento de oxígeno - Tos - Secreción de vía aérea. - Dolor torácico 	<p>P/. Patrón respiratorio ineficaz.</p> <p>R/C. Implantación del virus en el epitelio de las vías respiratorias.</p> <p>M/P Taquipnea Disnea Aleteo nasal Cianosis</p> <p align="center">Objetivo</p> <p>Restablecer la mecánica respiratoria normal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Colocación en posición semifowler. - Administración de oxígeno, por sistema de alto o bajo flujo, según requerimiento. - Control de signos vitales (FR, FC, TA, TAM, SOP2, T°). 	<ul style="list-style-type: none"> - Relajar los músculos que intervienen en la respiración, facilitando la entrada del oxígeno, reduciendo el esfuerzo respiratorio. - Ayuda a mantener niveles adecuados de oxígeno en sangre, evitando la hipoxemia. - Permite evaluar la condición física del usuario. 	<ul style="list-style-type: none"> - Permanente. - Litros por minuto según indicación médica para mantener SPO2 > 90%. - MI: q/6horas - UCI: q/hora 	<p>Paciente con una adecuada mecánica ventilatoria, no requiere apoyo de oxígeno, sin signos de dificultad respiratoria, saturación > 90%, FiO2 21 %, PaFi > 300, PO2 > 80 mmHg.</p>

<p>- Antecedentes patológicos y farmacológicos</p>		<p>- Valorar y comunicar signos de dificultad respiratoria, según escala utilizada en el servicio.</p> <p>- Colabora en la toma de muestra para gasometría.</p> <p>- Calcula y registra FiO2 y PaFi.</p>	<p>- Permite tomar acciones encaminadas a mejorar la hematosis.</p> <p>- La enfermera al ser parte de un equipo multidisciplinario, colabora en este procedimiento para poder determinar la concentración de O2 Y CO2 en sangre arterial, criterios importantes de gravedad en el cuadro de AH1N1.</p> <p>- Permite determinar el criterio de gravedad del</p>	<p>- PRN</p> <p>- PRN</p> <p>- Cada hora</p>	
--	--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Aspirar secreciones. de - Asistir en la intubación y extubacion endotraqueal. - Aplicar cuidados en la colocación y destete de ventilación mecánica. 	<p>cuadro para ingreso a UCI.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permite despejar la vía aérea, manteniéndola permeable. - Brindar al usuario una vía aérea artificial, para alcanzar niveles de oxígeno adecuados, cuando fracasa la administración de oxígeno por métodos convencionales. - La ventilación mecánica sustituye la función respiratoria del usuario, cuando este es incapaz de mantener un 	<ul style="list-style-type: none"> - Cada 6 horas. - PRN - PRN 	
--	--	--	---	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Asistir y aplicar cuidados de vía central. - Administrar medicamentos prescritos. - Realizar nebulizaciones con medicamento prescrito. 	<p>adecuado intercambio gaseoso por sí solo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar una vía de acceso de mayor calibre para la administración de medicación (sedoanalgesia). - El principio activo de los medicamentos prescritos permite contribuir con el régimen terapéutico del paciente. - Fluidifica secreciones, facilitando su eliminación y por consiguiente el despeje de la vía aérea. 	<ul style="list-style-type: none"> - PRN - Según horario indicado. - Según horario indicado. 	
--	--	--	---	---	--

2.3. Definición de términos

Modelo de enfermería

Pauta que sirve para describir, establecer y examinar los fenómenos que conforman la práctica de la enfermería general.

Teoría de enfermería

Conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que nos permiten una visión sistemática de un fenómeno, estableciendo relaciones específicas entre los conceptos a fin de escribir, explicar, predecir y/o controlar dicho fenómeno. La utilidad de la teoría para la enfermería radica en que le permite aumentar los conocimientos sobre su propia disciplina, al utilizar de manera sistemática un método de trabajo.

AH1N1

Es una infección viral, aguda y de alta transmisibilidad que afecta a las vías respiratorias, generando una respuesta inflamatoria con el consecuente deterioro de la mecánica ventilatoria.

Hemaglutinina

Proteína de la Influenza tipo A, encargada de facilitar la penetración del virus en la célula del huésped, posee 16 subtipos.

Neurominidasa

Proteína de la Influenza tipo A, encargada de facilitar la liberación de viriones capaces de infectar a otras células, posee 9 subtipos.

Hisopado Nasofaríngeo

Muestra de secreciones de la parte superior de la garganta que se obtiene para detectar microorganismos entre ellos el virus de la Influenza AH1N1, con el objetivo de realizar la vigilancia epidemiológica correspondiente.

Oseltamivir

Antiviral que actúa inhibiendo la neurominidasa, proteína encargada de la liberación de viriones para infectar a otras células, se absorbe por vía oral.

Caso sospechoso

Signos y síntomas compatibles con la enfermedad pero sin evidencia alguna de laboratorio.

Caso confirmado

Evidencia definitiva de laboratorio, con o sin signos y síntomas compatibles con la enfermedad.

Proceso de Atención de Enfermería

Método sistemático y organizado para brindar cuidados de enfermería de manera individualizada.

Mediadores humorales

Células del sistema inmune que regulan la respuesta inflamatoria y amplifican sus efectos ante los antígenos.

Proposición

Contenido semántico al que es posible asignarle un valor de verdad.

Asunción

Acción y efecto de asumir postulados planteados como verdaderos.

Filosofía

Conjunto sistemático de los razonamientos expuestos por un pensador.

2.4. Sistema de variables

2.4.1. Variable independiente

Paciente con Influenza AH1N1

2.4.2. Variable dependiente

Cuidado de enfermería aplicando el modelo de Virginia Henderson.

2.4.3. Operacionalización de variables

Variable independiente

Paciente con influenza AH1N1

DEFINICION	DIMENCION	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO
<p>La Influenza es una enfermedad respiratoria, aguda, de alta transmisibilidad, provocada por los virus A, B y C. La enfermedad afecta a las vías aéreas superiores e inferiores y se presenta con mayor predominio en la época invernal.</p> <p>La influenza tipo A se subclasifica según sus glicoproteínas de superficie: hemaglutinina (H) y neuraminidasa (N) de la cual depende su capacidad para provocar formas graves del padecimiento.</p>	DEMOGRAFIA	<p>Sexo</p> <p>Estado civil</p> <p>Edad</p> <p>Trabajo</p>	<p>Masculino Femenino</p> <p>Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre</p> <p>< 10 años 10-20 años 21-40 años 41-60 años >60 años</p> <p>Personal de salud Ganadero Servidor publico Otros</p>	Guía de observación

		Etnia	Mestizo Indígena Afroecuatoriano Blanco Otro	
	CLINICA	Fiebre > 38°C Tos Dificultad respiratoria Odinofagia Mialgias Artralgias Cefalea Rinorrea	SI SI SI SI SI SI SI SI	NO NO NO NO NO NO NO NO
	ANTECEDENTES	Comorbilidad - Diabetes - HTA - Inmunosupresión - Asma - Insuficiencia renal crónica - Otros - Ninguna	SI SI SI SI SI SI SI	NO NO NO NO NO NO NO

		Factores de riesgo		
		- Embarazo	SI	NO
		- > de 65 años	SI	NO
		- < de 5 años	SI	NO
		- Trabajo con aves y cerdos	SI	NO
		- Personal de salud	SI	NO
		- Ninguno	SI	NO
		Automedicación		
		- AINES	SI	NO
		- Antibióticos	SI	NO
		- Antivirales	SI	NO
		- Analgésicos	SI	NO
		- Otros	SI	NO
		- Ninguno	SI	NO
		Vacunación	SI	NO
		Viaje	SI	NO
	TRATAMIENTO ANTIVIRAL	Oseltamivir	SI	NO
		Otro	SI	NO
	TIPO DE MUESTRA	Hisopado nasofaríngeo.	SI	NO

		Muestra de tejido (tráquea y pulmón), en pacientes fallecidos	SI	NO	
	DIAGNOSTICO	Influenza AH1N1	SI	NO	
		Virus Sincitial Respiratorio	SI	NO	
		Otros virus respiratorios	SI	NO	
	TRANSFERENCIA TERCER NIVEL	A MSP	SI	NO	
		IESS	SI	NO	
		ISFA	SI	NO	
		ISPOL	SI	NO	
	SITUACION ACTUAL	Vivió	SI	NO	
		Fallecido	SI	NO	

Variable dependiente

Cuidado de enfermería aplicando el Modelo de Virginia Henderson.

DEFINICION	DIMENCION	INDICADOR	ESCALA		INSTRUMENTO
El cuidado de enfermería según el Modelo de Virginia Henderson se dirige a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad, del individuo, mediante la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), basado en la satisfacción de las 14 necesidades de Virginia Henderson consiguiendo un cuidado individualizado para lograr la independencia de la persona.	- RESPIRACION/ CIRCULACION	Valora:			Guía de Observación
		- Signos vitales	SI	NO	
		- Signos de dificultad respiratoria	SI	NO	
		- Ruidos respiratorios	SI	NO	
		- Tos	SI	NO	
		- Secreción de vía aérea.	SI	NO	
		- Dolor torácico	SI	NO	
		Realiza diagnósticos de enfermería basado en los problemas identificados en la valoración.	SI	NO	
		Planifica las intervenciones a realizar en base a los diagnósticos enfermería.	SI	NO	
		Coloca en posición semifowler.	SI	NO	
Administra de oxígeno, por sistema de alto o bajo flujo, según requerimiento.	SI	NO			
Calcula y registra FiO2 y PaFi	SI	NO			
Administra medicamentos prescritos.	SI	NO			
Aplica cuidados en la intubación y ventilación mecánica.	SI	NO			

		Evalúa la respuesta terapéutica en base al cuidado de enfermería.	SI	NO	
	- ALIMENTACION/ HIDRATAACION	Valora: - Tipo de alimentación. - Anorexia. - Dificultad para alimentarse. - Glicemia	SI SI SI SI	NO NO NO NO	
		Realiza diagnósticos de enfermería basado en los problemas identificados en la valoración.	SI	NO	
		Planifica las intervenciones a realizar en base a los diagnósticos enfermería.	SI	NO	
		Solicita dieta prescrita e incentivar la importancia de la ingesta diaria.	SI	NO	
		Aplica cuidados de sonda naso u orogastrica.	SI	NO	
		Prepara y proporciona alimentación enteral, según indicación médica (frecuencia, cantidad).	SI	NO	
		Administra líquidos y electrolitos parenterales prescritos. Toma medidas antropométricas (peso, talla)	SI	NO	

		Calcula IMC	SI	NO	
		Evalúa la respuesta terapéutica en base al cuidado de enfermería.	SI	NO	
	- ELIMINACION	Valora:			
		- Presencia y características del vómito y residuo gástrico.	SI	NO	
		- Características del abdomen y ruidos hidroaereos.	SI	NO	
		- Características y alteraciones de la eliminación fecal y urinaria	SI	NO	
		- Medios invasivos utilizados para la eliminación.	SI	NO	
		Realiza diagnósticos de enfermería basado en los problemas identificados en la valoración.	SI	NO	
		Planifica las intervenciones a realizar en base a los diagnósticos enfermería.	SI	NO	
		Brinda cuidados de sonda vesical.	SI	NO	
		Administra líquidos y electrolitos prescritos.	SI	NO	
		Administra medicamentos prescritos (laxantes, antieméticos, diuréticos,).	SI	NO	

		Realiza control de ingesta y excreta.	SI	NO	
		Evalúa la respuesta terapéutica en base al cuidado de enfermería.	SI	NO	
	- MOVILIZACION	Realiza diagnósticos de enfermería basado en los problemas identificados en la valoración.	SI	NO	
		Planifica las intervenciones a realizar en base a los diagnósticos enfermería.	SI	NO	
		Brindar seguridad al paciente al momento del traslado de la cama a la camilla o silla de ruedas.	SI	NO	
		Ayudar a mantener una posición adecuada.	SI	NO	
		Aplicar protocolo de prevención de caídas (escala Downton).	SI	NO	
		Evalúa la respuesta terapéutica en base al cuidado de enfermería.	SI	NO	
	- REPOSO/SUEÑO	Valora:			
		- Estado de conciencia	SI	NO	
		- Fatiga	SI	NO	

		- Dolor	SI	NO	
		- Alteraciones del sueño.	SI	NO	
		Realiza diagnósticos de enfermería basado en los problemas identificados en la valoración.	SI	NO	
		Planifica las intervenciones a realizar en base a los diagnósticos enfermería.	SI	NO	
		Comprueba el esquema de sueño del paciente.	SI	NO	
		Proporcionar un ambiente tranquilo para el reposo y sueño.	SI	NO	
		Administración de medicamentos prescritos (analgésicos).	SI	NO	
		Evalúa la respuesta terapéutica en base al cuidado de enfermería.	SI	NO	
	- TERMO RREGULACION	Valora:			
		- Temperatura.	SI	NO	
		- Color de piel.	SI	NO	
		- Escalofrío.	SI	NO	
		- Temperatura al tacto.	SI	NO	
		Realiza diagnósticos de enfermería basado en los problemas identificados en la valoración.	SI	NO	

		Planifica las intervenciones a realizar en base a los diagnósticos enfermería.	SI	NO	
		Control y registro de curva térmica.	SI	NO	
		Aplicar medios físicos.	SI	NO	
		Adecua el entorno, según necesidades del paciente (ventilación de la habitación, ropa ligera).	SI	NO	
		Administra medicación según prescripción médica.	SI	NO	
	- SEGURIDAD	Valora:			
		- Estado de conciencia	SI	NO	
		- Tipo de aislamiento	SI	NO	
		- Alergias conocidas	SI	NO	
		- Colaboración en el tratamiento	SI	NO	
		- Vacunación contra influenza	SI	NO	
		- Peligros ambientales	SI	NO	
		- Riesgo de aspiración	SI	NO	
		- Riesgo de contagio a otras personas	SI	NO	
		Realiza diagnósticos de enfermería basado en los problemas identificados en la valoración.	SI	NO	
		Planifica las intervenciones a realizar en base a los diagnósticos enfermería.	SI	NO	

		Aplica protocolo de prevención de caídas (Escala Downton)	SI	NO	
		Educa al usuario y familia sobre medidas preventivas y mecanismos de transmisión del virus de la influenza AH1N1.	SI	NO	
		Educa al usuario y familia sobre la importancia del aislamiento.	SI	NO	
		Contribuye a mantener al paciente aislado.	SI	NO	
		Educa al usuario y familia sobre la forma correcta de toser y estornudar.	SI	NO	
		Aplica protocolo de higiene de manos (personal, familiares y usuario).	SI	NO	
		Educa al usuario y familia sobre la importancia de utilizar prendas de protección personal.	SI	NO	
		Educa al usuario y familia sobre la importancia de cumplir el régimen terapéutico.	SI	NO	
		Administrar medicamentos prescritos (antiviral, antibióticos, antieméticos).	SI	NO	
		Coloca en posición semifowler.	SI	NO	
		Aplica protocolo manejo de Infecciones Asociadas a la Atención	SI	NO	

		Sanitaria, (cuidados de vía periférica, centra, catéter vesical y ventilación mecánica).	SI	NO	
		Evalúa la respuesta terapéutica en base al cuidado de enfermería	SI	NO	
	- COMUNICACIÓN	Valora:			
		- Estado de ánimo	SI	NO	
		- Manifiesta necesidades	SI	NO	
		- Manifiesta sentimientos	SI	NO	
		- Solicita información	SI	NO	
		- Limitaciones para comunicarse	SI	NO	
		Realiza diagnósticos de enfermería basado en los problemas identificados en la valoración.	SI	NO	
		Planifica las intervenciones a realizar en base a los diagnósticos enfermería.	SI	NO	
		Contribuye a la comunicación con familiares.	SI	NO	
		Establece líneas de comunicación paciente-enfermera.	SI	NO	
		Brinda apoyo psicológico.	SI	NO	
		Establece vínculo médico-paciente.	SI	NO	

		Promueve la expresión de inquietudes, emociones, necesidades y opiniones.	SI	NO	
		Utiliza un lenguaje según el nivel de educación del paciente.	SI	NO	
		Evalúa la respuesta terapéutica en base al cuidado de enfermería	SI	NO	

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Nivel de Investigación

Investigación retrospectiva

Este trabajo recopila información de casos sospechosos y confirmados de influenza AH1N1 que ocurrieron en el periodo marzo-julio del 2016, obtenida por medio de la revisión de historias clínicas.

Investigación transversal

Describe la prevalencia de la circulación del virus de la influenza AH1N1 en países vecinos, a nivel nacional y local específicamente en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, mediante la revisión de datos estadísticos, en un tiempo determinado periodo marzo-julio del 2016.

Investigación documental

La realización de este trabajo se fundamenta en la búsqueda exhaustiva de información sobre Influenza AH1N1, el Modelo de Virginia Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería a través de libros, historias clínicas, artículos, documentos web, boletines, etc. Que nos permite resaltar el cuidado de enfermería de una manera más científica dejando la práctica empírica.

Investigación descriptiva

En este trabajo se describe el Modelo de Virginia Henderson y el desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería en base a la satisfacción de las 14 necesidades y el logro de la independencia del paciente con Influenza AH1N1.

3 2. Diseño

En la realización de este trabajo se revisó 21 historias clínicas correspondientes a casos sospechosos y confirmados de Influenza AH1N1 en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, en el periodo Marzo – Julio del 2016. Para valorar el cuidado de enfermería según el Modelo de Virginia Henderson y determinar su caracterización epidemiológica, sin embargo; al momento de aplicar la guía de observación, como técnica e instrumento de recolección de datos, se anularon 5 historias clínicas por no cumplir con los requisitos establecidos (Hisopado nasofaríngeo y tratamiento con Oseltamivir).

3.3. Universo

En el presente proyecto de titulación se trabajó con un universo de 21 casos en donde los criterios de inclusión fueron: Hisopado Nasofaríngeo y tratamiento con Oseltamivir, por tanto se excluyeron 5 pacientes por no cumplir con dichos criterios (Algoritmo de manejo de Influenza) **ver cuadro N° 6 y 7.**

3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

TÉCNICA	INSTRUMENTO
Observación	Guía de observación aplicada a 16 historias clínicas de pacientes confirmados y sospechosos de influenza AH1N1.

La guía de valoración fue aplicada a 16 historias clínicas, donde se tomó en cuenta las necesidades específicamente afectadas por la Influenza AH1N1, mas no por la estancia hospitalaria, cada necesidad consta con parámetros que siguen un orden lógico de acuerdo al Proceso de Atención de Enfermería, estas necesidades son:

Respiración/circulación (14 parámetros).

- Tomó signos vitales (FR, FC, TA, T°)
- Valoró signos de dificultad respiratoria
- Valoró ruidos respiratorios
- Valoró secreción de vía aérea.
- Valoró dolor torácico
- Valoró tos
- Realizó diagnósticos de enfermería basado en los problemas identificados en la valoración.
- Planificó las intervenciones a realizar en base a los diagnósticos enfermería.
- Coloco en posición semifowler.
- Administró oxígeno, por sistema de alto o bajo flujo, según requerimiento.
- Calculó y registra FiO2 y PaFi
- Administró medicamentos prescritos.

- Aplicó cuidados en la intubación y ventilación mecánica.
- Evaluó la respuesta terapéutica en base al cuidado de enfermería.

Alimentación (13 parámetros).

- Valoró tipo de alimentación.
- Valoró anorexia.
- Valoró dificultad para alimentarse.
- Controló glicemia
- Realizó diagnósticos de enfermería basado en los problemas identificados en la valoración.
- Planificó las intervenciones a realizar en base a los diagnósticos enfermería.
- Solicitó dieta prescrita e incentivar la importancia de la ingesta diaria.
- Aplicó cuidados de sonda naso – orogástrica.
- Preparó y proporcionó alimentación enteral, según indicación médica (frecuencia, cantidad).
- Administró líquidos y electrolitos parenterales prescritos.
- Tomó medidas antropométricas (peso, talla).
- Calculó IMC.
- Evaluó la respuesta terapéutica en base al cuidado de enfermería.

Eliminación (11 parámetros).

- Valoró la presencia y características del vómito y residuo gástrico.
- Valoró características del abdomen y ruidos hidroaéreos.
- Valoró características y alteraciones de la eliminación fecal y urinaria.
- Valoró medios invasivos utilizados para la eliminación.
- Realizó diagnósticos de enfermería basado en los problemas identificados en la valoración.
- Planificó las intervenciones a realizar en base a los diagnósticos enfermería.
- Brindó cuidados de sonda vesical.

- Administró líquidos y electrolitos prescritos.
- Administró medicamentos prescritos (laxantes, antieméticos, diuréticos,).
- Realizó control de ingesta y excreta.
- Evaluó la respuesta terapéutica en base al cuidado de enfermería.

Movilización (6 parámetros).

- Realizó diagnósticos de enfermería basado en los problemas identificados en la valoración.
- Planificó las intervenciones a realizar en base a los diagnósticos enfermería.
- Brindo seguridad al paciente al momento del traslado de la cama a la camilla o silla de ruedas.
- Ayudó a mantener una posición adecuada.
- Aplicó protocolo de prevención de caídas (escala Downton).
- Evaluó la respuesta terapéutica en base al cuidado de enfermería.

Termorregulación (11 parámetros).

- Valoró la temperatura
- Valoró color de piel
- Valoró escalofrío
- Valoró temperatura al tacto.
- Realizó diagnósticos de enfermería basado en los problemas identificados en la valoración.
- Planificó las intervenciones a realizar en base a los diagnósticos enfermería.
- Controló y registro de curva térmica.
- Aplicó medios físicos.
- Adecuó el entorno, según necesidades del paciente (ventilación de la habitación, ropa ligera).
- Administró medicación según prescripción médica.
- Evaluó la respuesta terapéutica en base al cuidado de enfermería.

Seguridad (21 parámetros).

- Valoró tipo de aislamiento
- Valoró alergias conocidas
- Indagó la colaboración en el tratamiento
- Indagó sobre vacunación contra influenza
- Valoró peligros ambientales
- Valoró el riesgo de aspiración
- Valoró el riesgo de contagio a otras personas
- Realizó diagnósticos de enfermería basado en los problemas identificados en la valoración.
- Planificó las intervenciones a realizar en base a los diagnósticos enfermería.
- Aplicó protocolo de prevención de caídas (Escala Downton)
- Educó al usuario y familia sobre medidas preventivas y mecanismos de transmisión del virus de la influenza AH1N1.
- Educó al usuario y familia sobre la importancia del aislamiento.
- Contribuyó a mantener al paciente aislado.
- Educó al usuario y familia sobre la forma correcta de toser y estornudar.
- Aplicó protocolo de higiene de manos (personal, familiares y usuario).
- Educó al usuario y familia sobre la importancia de utilizar prendas de protección personal.
- Educó al usuario y familia sobre la importancia de cumplir el régimen terapéutico.
- Administró medicamentos prescritos (antiviral, antibióticos, antieméticos).
- Colocó en posición semifowler.
- Aplicó protocolo manejo de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria, (cuidados de vía periférica, centra, catéter vesical y ventilación mecánica).
- Evaluó la respuesta terapéutica en base al cuidado de enfermería.

Comunicación (12 parámetros).

- Valoró estado de ánimo
- Valoró la necesidad de comunicarse
- Valoró limitaciones para comunicarse
- Realizó diagnósticos de enfermería basado en los problemas identificados en la valoración.
- Planificó las intervenciones a realizar en base a los diagnósticos enfermería.
- Contribuyó a la comunicación con familiares.
- Estableció líneas de comunicación paciente-enfermera.
- Brindó apoyo psicológico.
- Estableció vínculo médico-paciente.
- Promovió la expresión de inquietudes, emociones, necesidades y opiniones.
- Utilizó un lenguaje según el nivel de educación del paciente.
- Evaluó la respuesta terapéutica en base al cuidado de enfermería

3.5. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos (Estadístico utilizado), para cada uno de los objetivos específicos.

Cuadro N° 10. Sexo de los pacientes con Influenza AH1N1 en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, periodo marzo-julio del 2016.

N°	Variable	Frecuencia	Porcentaje
1	HOMBRE	5	31%
2	MUJER	11	69%
		16	100%

Fuente: Guía de Observación realizada a las 16 historias clínicas de los pacientes sospechosos y confirmados de influenza AH1N1.

Elaborado por: Barragán Tania y Gavilanes Miller.

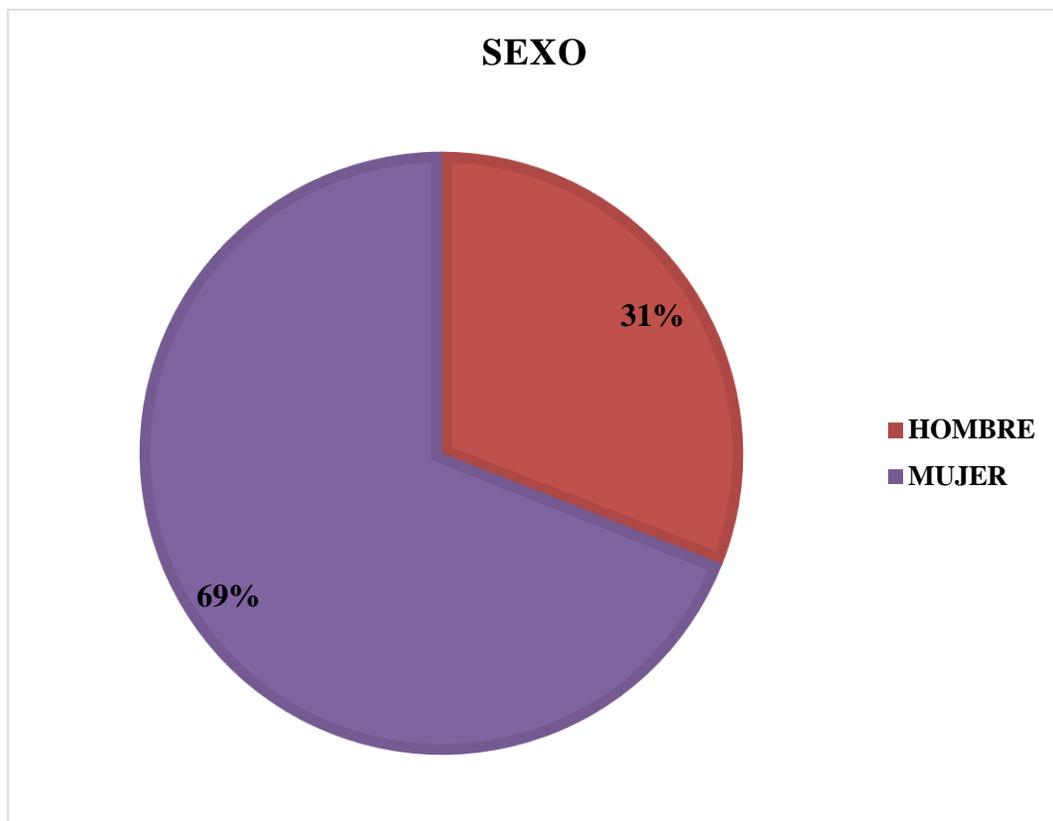


Figura N°1. Sexo

Cuadro N° 11. Estado civil de los pacientes con Influenza AH1N1 en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, periodo marzo-julio del 2016.

N°	Variable	Frecuencia	Porcentaje
1	Soltero	9	56%
2	Casado	5	31%
3	Viudo	2	13%
4	Unión Libre	0	0%
		16	100%

Fuente: Guía de Observación realizada a las 16 historias clínicas de los pacientes sospechosos y confirmados de influenza AH1N1.

Elaborado por: Barragán Tania y Gavilanes Miller.

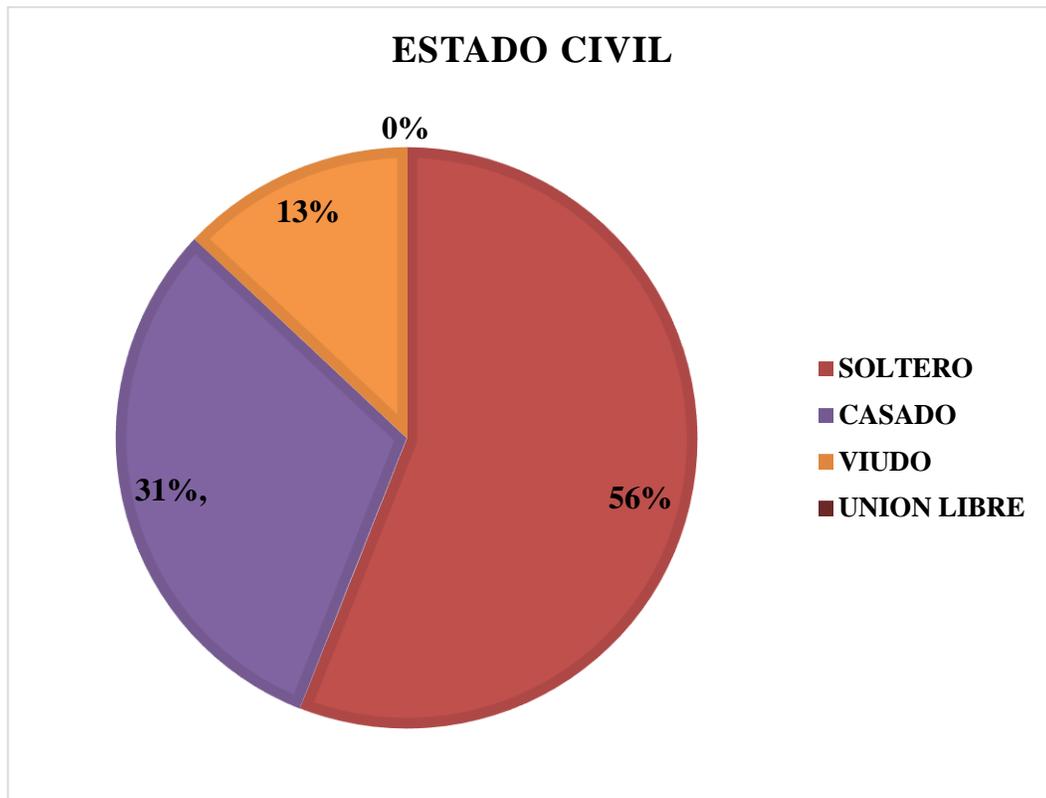


Figura N° 2. Estado civil

Cuadro N° 12. Edad de los pacientes con Influenza AH1N1 en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, periodo marzo-julio del 2016.

N°	Variable	Frecuencia	Porcentaje
1	<10 años	3	19%
2	10-20 años	2	13%
3	21-40 años	7	44%
4	41-60 años	0	0%
5	>60 años	4	25%
		16	100%

Fuente: Guía de Observación realizada a las 16 historias clínicas de los pacientes sospechosos y confirmados de influenza AH1N1.

Elaborado por: Barragán Tania y Gavilanes Miller.

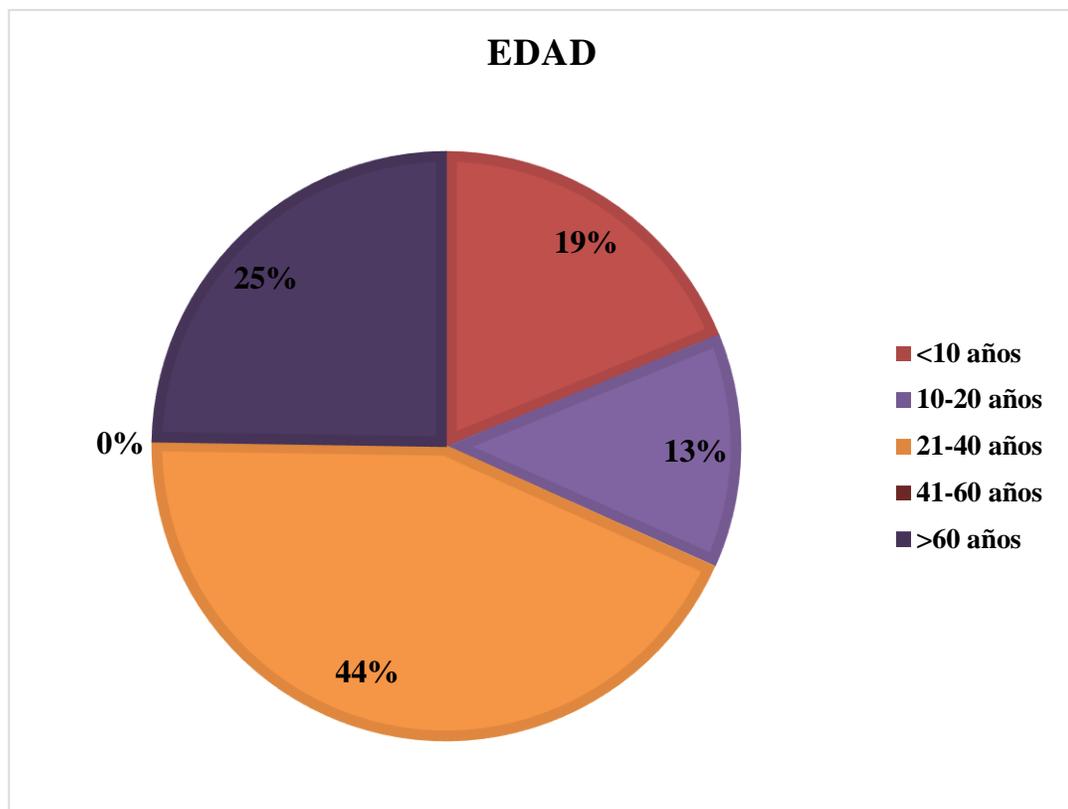


Figura N° 3. Edad.

Análisis e interpretación.

De las 16 historias clínicas analizadas se observó que la mayor población afectada corresponde a las mujeres con el 69%, mientras que el 31% restante son hombres, el 56% son solteros, el 31% casados, el 13% viudos y el 0% unión libre, el 44%, corresponde al grupo de edad de 21 a 40 años, el 25 % son > 60 años, el 19 % < de 10 años y el 13 % de 10 a 20 años, teniendo como resultado que el grupo más vulnerable corresponde al sexo femenino, solteros y cuyas edades oscilan entre los 21 y 40 años.

Cuadro N°13. Ocupación de los pacientes con Influenza AH1N1 en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, periodo marzo-julio del 2016.

N°	Variable	Frecuencia	Porcentaje
1	Personal de salud	1	6%
2	Servidor público	2	13%
3	Ganadero	1	6%
4	Otros	12	75%
		16	100%

Fuente: Guía de Observación realizada a las 16 historias clínicas de los pacientes sospechosos y confirmados de influenza AH1N1.

Elaborado por: Barragán Tania y Gavilanes Miller.

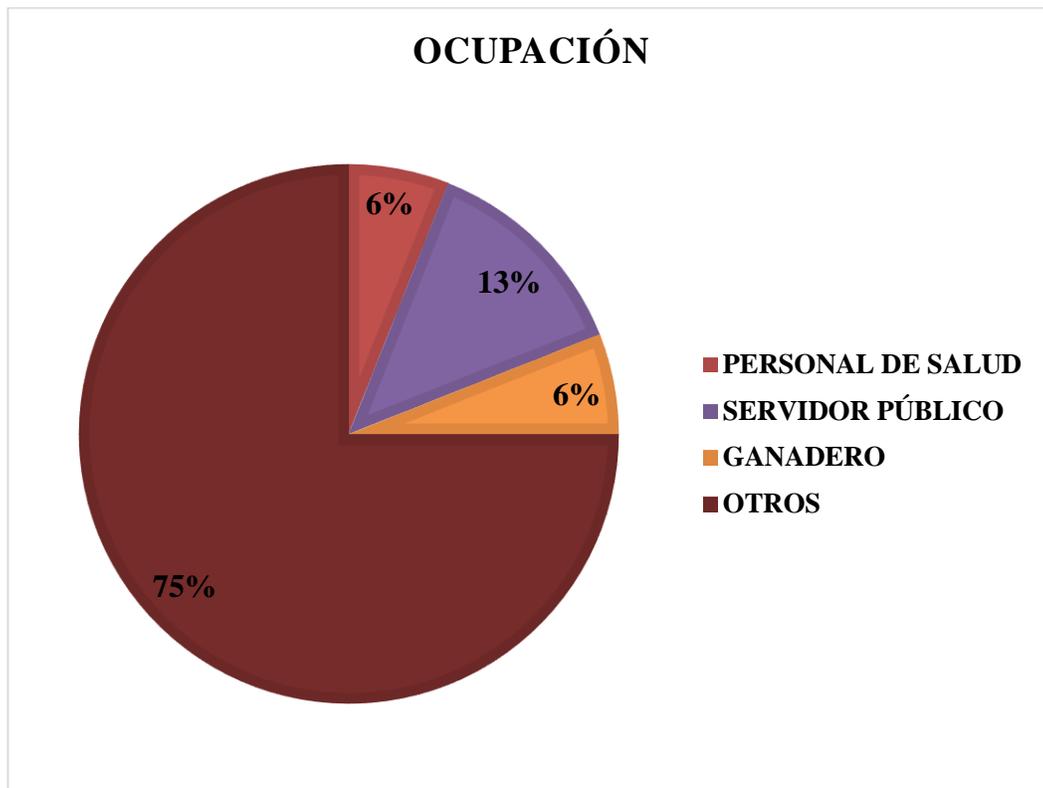


Figura N° 4. Ocupación.

Cuadro N° 14. Etnia de los pacientes con Influenza AH1N1 en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, periodo marzo-julio del 2016.

N°	Variable	Frecuencia	Porcentaje
1	Mestizo	12	75%
2	Indígena	4	25%
3	Blanco	0	0%
4	Afroecuatoriano	0	0%
		16	100%

Fuente: Guía de Observación realizada a las 16 historias clínicas de los pacientes sospechosos y confirmados de influenza AH1N1.

Elaborado por: Barragán Tania y Gavilanes Miller.

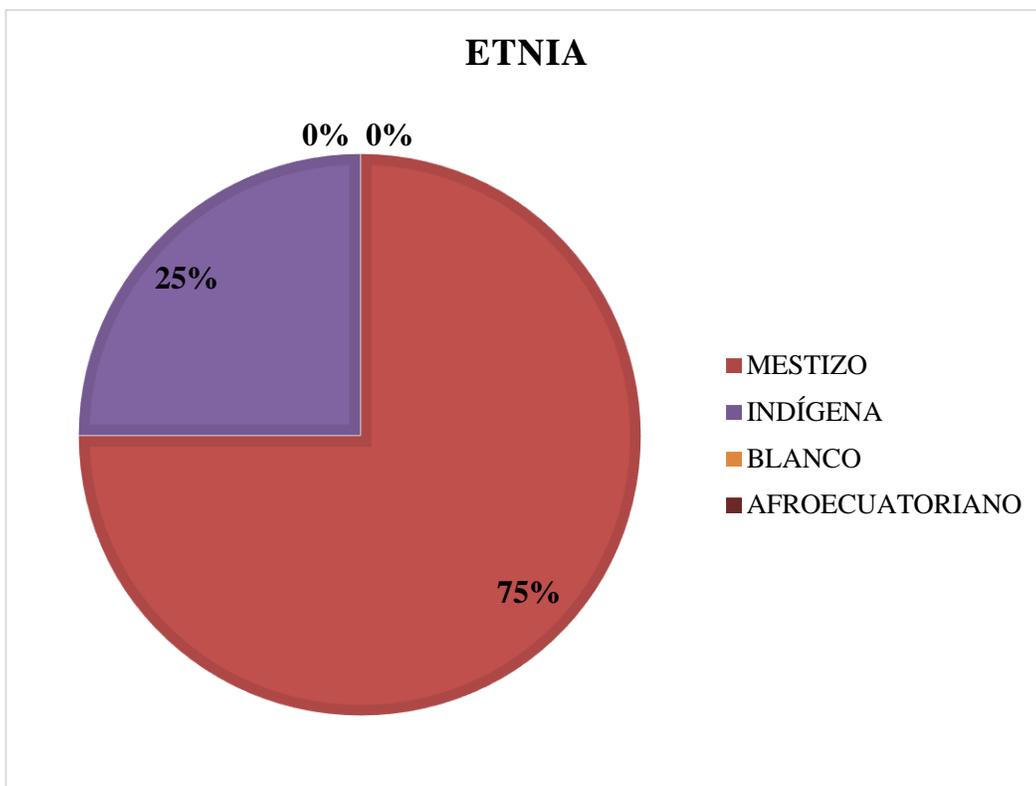


Figura N° 5. Etnia.

Análisis e interpretación.

De las 16 historias clínicas analizadas se observó que el 75% tienen otro tipo de ocupación, seguido por el 13% de servidores públicos, el 6% de ocupación ganadera y personal de salud, por otro lado el 75% son mestizos, el 25% indígenas y el 0% pertenece a blancos y afroecuatorianos. De esta manera el grupo más vulnerable corresponde a quienes ejercen otro tipo de ocupación no especificado en la guía de observación y a la etnia mestiza.

Cuadro N°15. Comorbilidad de los pacientes con Influenza AH1N1 en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, periodo marzo-julio del 2016.

N°	Variable	Frecuencia	Porcentaje
1	Diabetes	0	0%
2	Hipertensión	2	13%
3	Inmunosupresión	1	6%
4	Asma	0	0%
5	Insuficiencia renal	0	0%
6	Otros	2	13%
7	Ninguno	11	68%
		16	100%

Fuente: Guía de Observación realizada a las 16 historias clínicas de los pacientes sospechosos y confirmados de influenza AH1N1.

Elaborado por: Barragán Tania y Gavilanes Miller.

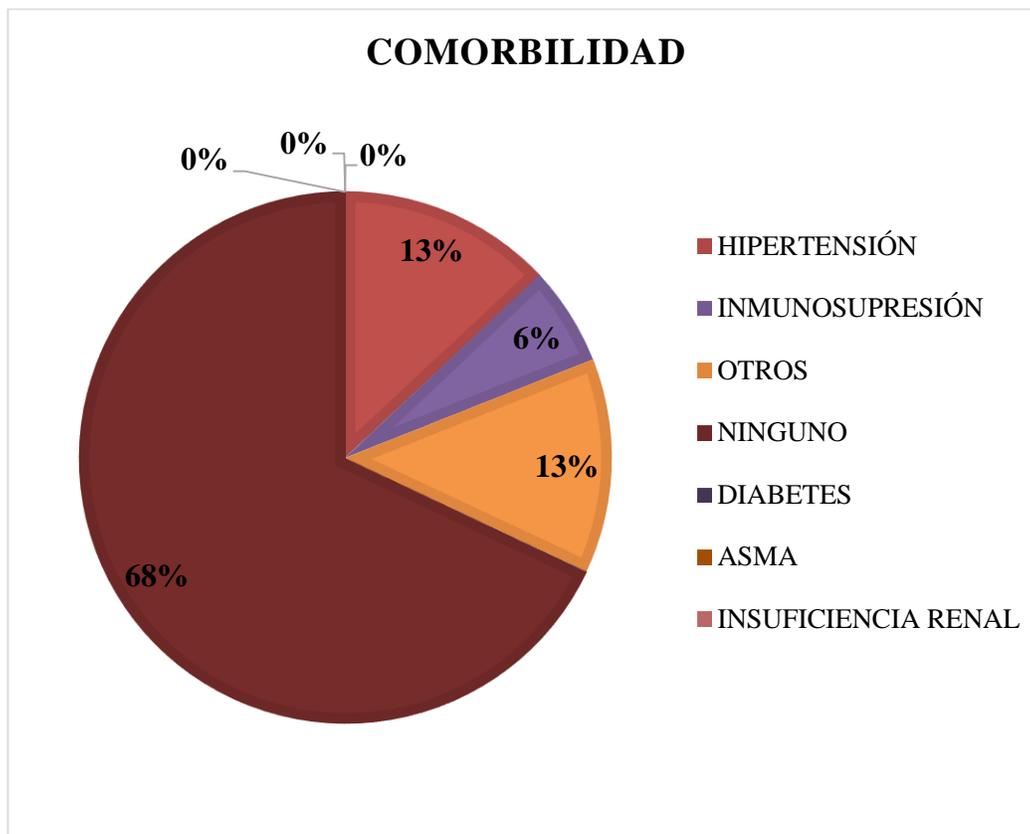


Figura N° 6. Comorbilidad.

Cuadro N° 16. Factores de riesgo presentes de los pacientes con Influenza AH1N1 en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, periodo marzo-julio del 2016.

N°	Variable	Frecuencia	Porcentaje
1	Embarazo	0	0%
2	>65años	3	19%
3	<5años	3	19%
4	Trabaja aves y cerdos	1	6%
5	Personal de salud	1	6%
6	Ninguno	8	50%
		16	100%

Fuente: Guía de Observación realizada a las 16 historias clínicas de los pacientes sospechosos y confirmados de influenza AH1N1.

Elaborado por: Barragán Tania y Gavilanes Miller.

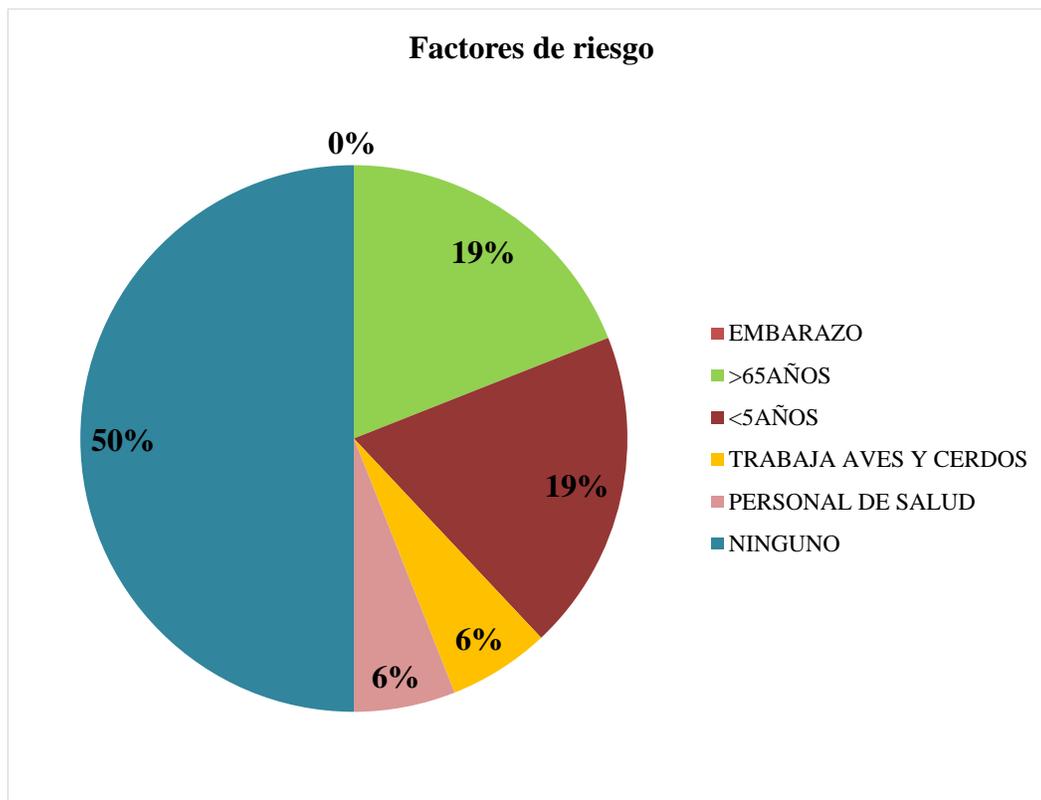


Figura N° 7. Factores de riesgo

Análisis e interpretación.

De las 16 historias clínicas analizadas se evidencio que el 69% no tiene ninguna comorbilidad, mientras que el 13% presento hipertensión y otro tipo de comorbilidad no especificada en la guía de observación (síndrome de West y gastritis crónica), el 6% corresponde a personas con inmunosupresión (Lupus) y el 0% asma, diabetes e insuficiencia renal; por otro lado el 50% no tiene ningún tipo de factor de riesgo, mientras que el 19% tienen como factor de riesgo el pertenecer al grupo etario >65 años y <5 años, el 6 % implica al personal de salud y a quienes trabajan con aves y cerdos.

De esta manera según el Boletín de Influenza del Ministerio de Salud Pública (MSP) del 2016, indica que la población más susceptible es aquella con comorbilidades, lo que no concuerda con nuestro trabajo de investigación, debido a que existe un mayor porcentaje en aquellos que no tiene ningún tipo de comorbilidad, sin embargo en relación con los factores de riesgo se observa que la mitad de los pacientes presenta algún factor de riesgo siendo el ser, >65 años y <5 años el más frecuente, lo que coincide con la información presentada por el boletín de influenza.

Cuadro N° 17. Automedicación de los pacientes con Influenza AH1N1 en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, periodo marzo-julio del 2016.

N°	Variable	Frecuencia	Porcentaje
1	Aines	3	19%
2	Antibióticos	0	0%
3	Antivirales	0	0%
4	Analgésicos	0	0%
5	Otros	0	0%
6	Ninguno	13	81%
		16	100%

Fuente: Guía de Observación realizada a las 16 historias clínicas de los pacientes sospechosos y confirmados de influenza AH1N1

Elaborado por: Barragán Tania y Gavilanes Miller.

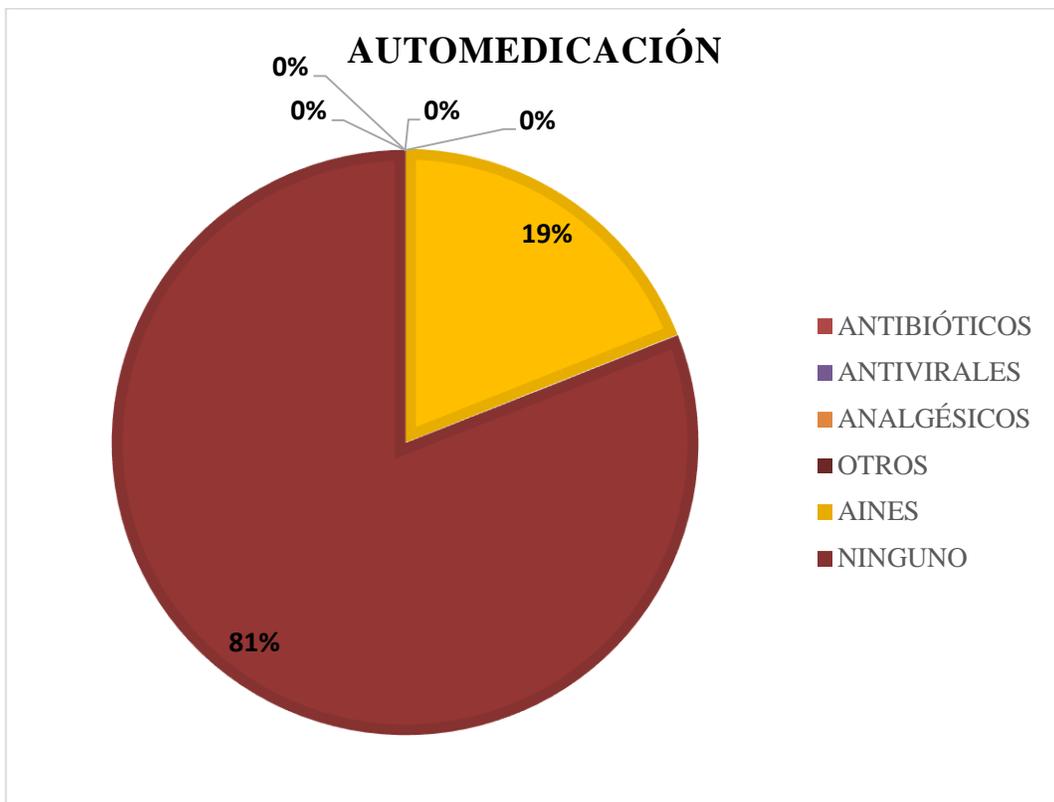


Figura N° 8. Automedicación

Cuadro N° 18. Vacunación de los pacientes con Influenza AH1N1 en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, periodo marzo-julio del 2016.

N°	Variable	Frecuencia	Porcentaje
1	Si	1	6%
2	No	15	94%
		16	100%

Fuente: Guía de Observación realizada a las 16 historias clínicas de los pacientes sospechosos y confirmados de influenza AH1N1.

Elaborado por: Barragán Tania y Gavilanes Miller.

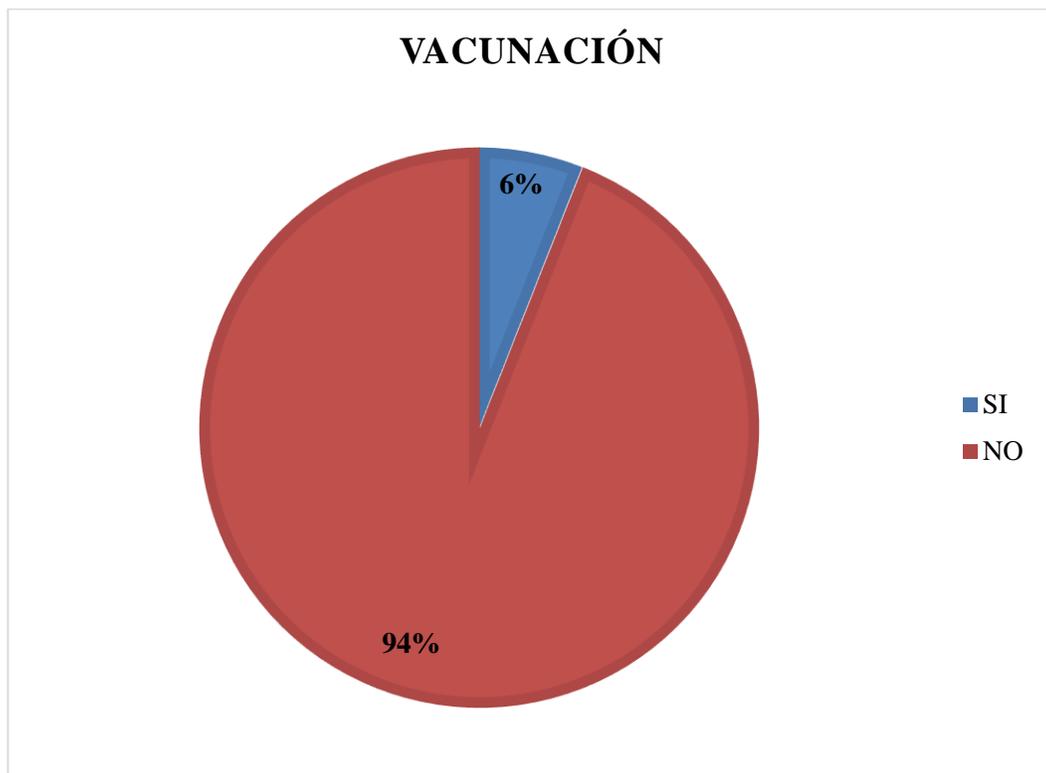


Figura N° 9. Vacunación

Cuadro N° 19. Viaje de los pacientes con Influenza AH1N1 en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, periodo marzo-julio del 2016.

N°	Variable	Frecuencia	Porcentaje
1	Si	1	6%
2	No	15	94%
		16	100%

Fuente: Guía de Observación realizada a las 16 historias clínicas de los pacientes sospechosos y confirmados de influenza AH1N1.

Elaborado por: Barragán Tania y Gavilanes Miller.

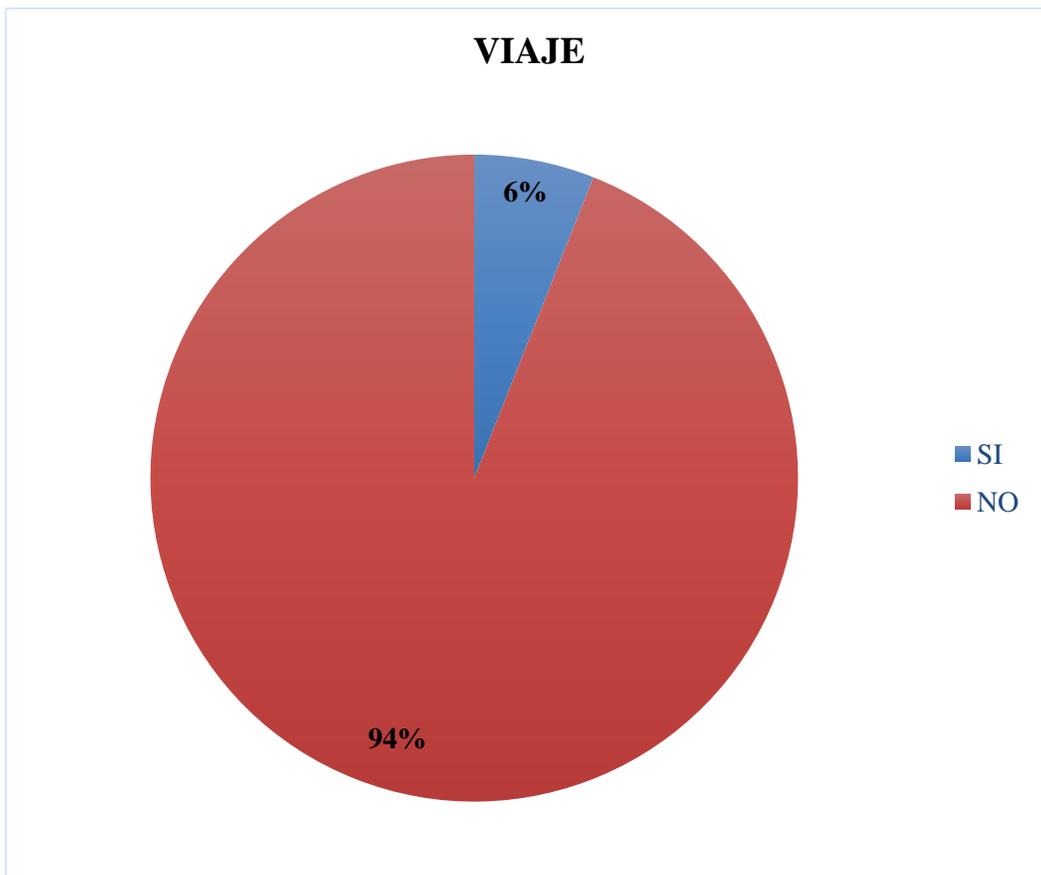


Figura N° 10. Viaje.

Análisis e interpretación

De las 16 historias clínicas analizadas se observó que solo el 19% se automedicó con algún tipo de AINES y el 81% no tomo ningún medicamento por otro lado el 94% no tuvo antecedentes de viaje, mientras que el 6% si viajo, se evidencio que el 94% no se vacunó contra la Influenza y el 6% si se vacuno.

La automedicación complica el cuadro de la patología, aumentando el riesgo de mortalidad, porque oculta la clínica y reduce la eficacia del tratamiento, debido al tiempo que transcurre entre el inicio de los signos y síntomas y el inicio del tratamiento con Oseltamivir, en nuestra investigación una de las tres personas que se automedicó falleció.

El viaje es un medio de transmisión del virus de la influenza, de los 16 pacientes solo uno tuvo antecedentes de viaje sin embargo este no fue confirmado para influenza AH1N1.

Según el boletín de Influenza del Ministerio de Salud Pública (MSP) del 2016, la vacuna confiere protección contra influenza B, A (H1N1) pdm09 y AH3N2 sin embargo; se observa que solo una persona recibió la vacuna la misma que fue descartada como positivo para Influenza AH1N1.

Cuadro N° 20. Caracterización clínica de la Influenza AH1N1 en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, periodo marzo-julio del 2016.

N°	Variable	Frecuencia	Porcentaje
1	Fiebre > 38°C	16	100%
2	Tos	15	94%
3	Dificultad respiratoria	16	100 %
4	Odinofagia	4	25 %
5	Mialgias	12	75 %
6	Artralgias	11	69 %
7	Cefalea	12	75%
8	Rinorrea	4	25 %

Fuente: Guía de Observación realizada a las 16 historias clínicas de los pacientes sospechosos y confirmados de influenza AH1N1.

Elaborado por: Barragán Tania y Gavilanes Miller.

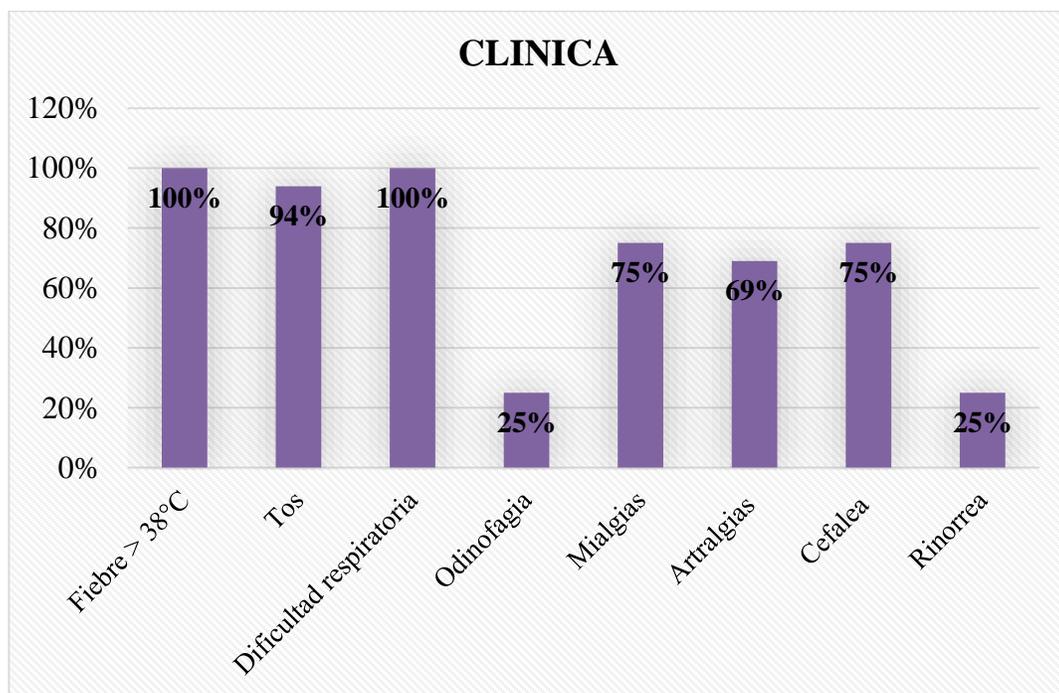


Figura N° 11. Clínica.

Análisis e interpretación.

De los 16 pacientes confirmados y sospechosos el 100% presento fiebre y disnea, el 94% tos, el 75% mialgias y cefalea el 69% artralgias y el 25% rinorrea y odinofagia, siendo la fiebre y la dificultad respiratoria los signos y síntomas más prevalentes en cada caso; por otro lado la rinorrea y la odinofagia son poco comunes.

Cuadro N° 21. Tratamiento de los pacientes con Influenza AH1N1 en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, periodo marzo-julio del 2016.

N°	Variable	Frecuencia	Porcentaje
1	Oseltamivir	16	100%
2	Otro	0	0%
		16	100%

Fuente: Guía de Observación realizada a las 16 historias clínicas de los pacientes sospechosos y confirmados de influenza AH1N1.

Elaborado por: Barragán Tania y Gavilanes Miller.

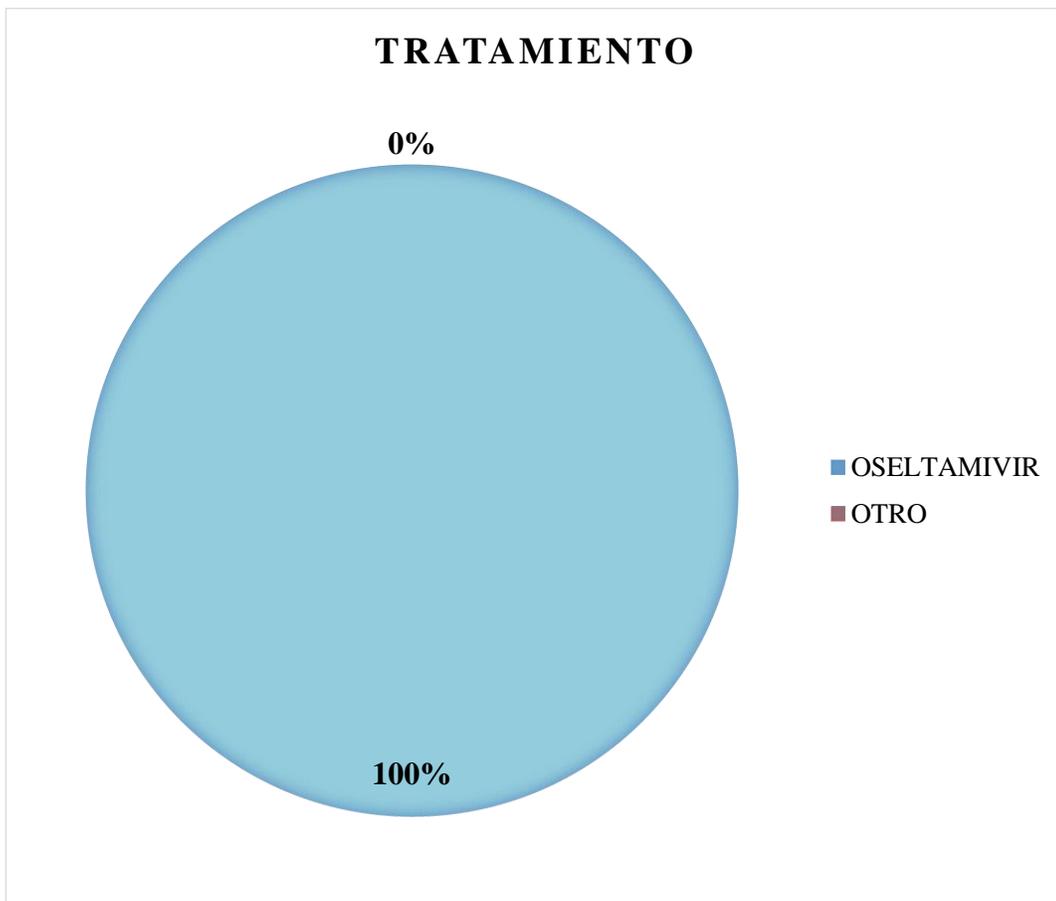


Figura N° 12. Tratamiento.

Cuadro N° 22. Tipo de muestra enviada de los pacientes con Influenza AH1N1 en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, periodo marzo-julio del 2016.

N°	Variable	Frecuencia	Porcentaje
1	Hisopado nasofaríngeo	16	100%
2	Muestra de tráquea y pulmón	0	0%
		16	100%

Fuente: Guía de Observación realizada a las 16 historias clínicas de los pacientes sospechosos y confirmados de influenza AH1N1.

Elaborado por: Barragán Tania y Gavilanes Miller.

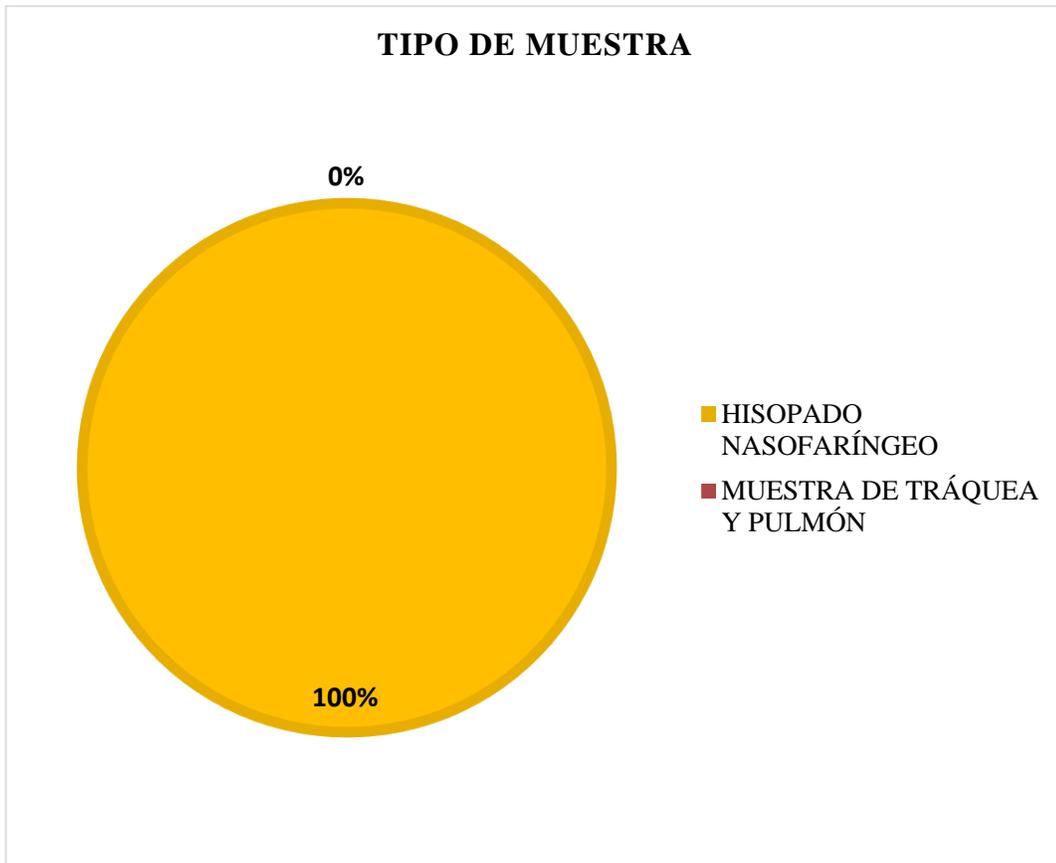


Figura N° 13. Tipo de muestra.

Cuadro N° 23. Diagnóstico de las muestras enviadas de los pacientes con Influenza AH1N1 en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, periodo marzo-julio del 2016.

N°	Variable	Frecuencia	Porcentaje
1	Influenza AH1N1	4	25%
2	Virus sincitial respiratorio	2	13%
3	Otros virus respiratorios	10	62%
		16	100%

Fuente: Guía de Observación realizada a las 16 historias clínicas de los pacientes sospechosos y confirmados de influenza AH1N1.

Elaborado por: Barragán Tania y Gavilanes Miller.

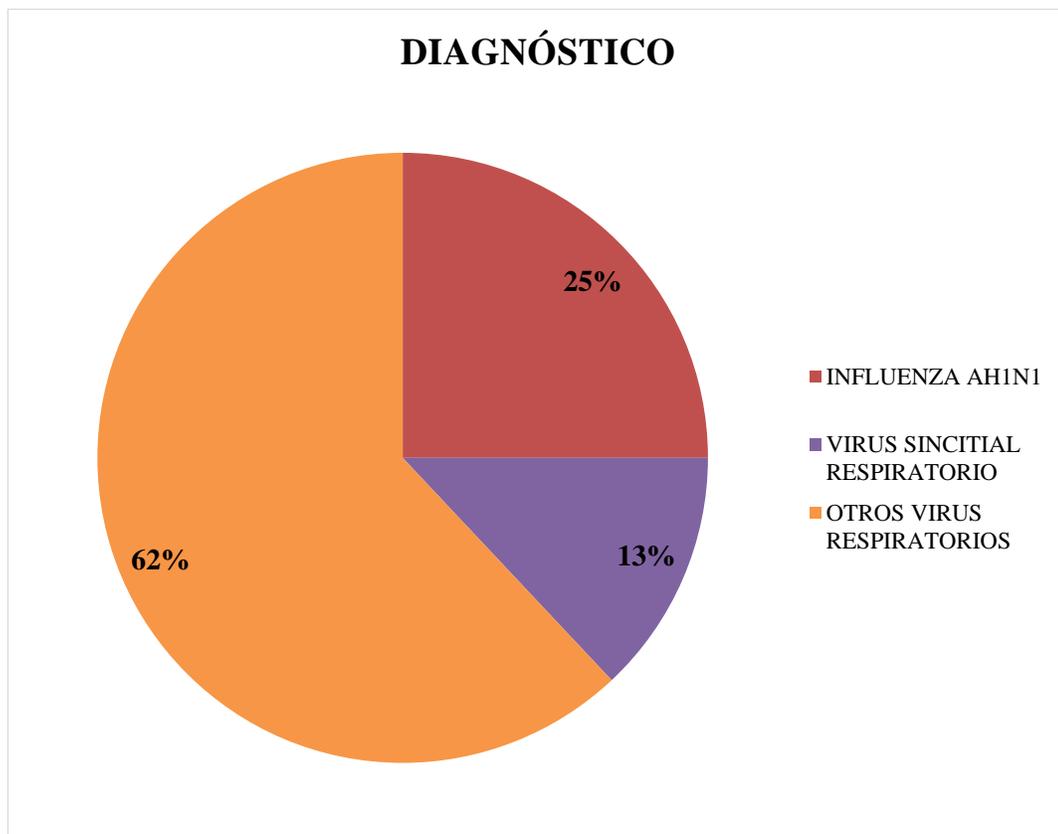


Figura N° 14. Diagnóstico.

Análisis e interpretación

De los 16 pacientes el 100% se realizó hisopado nasofaríngeo y recibió tratamiento antiviral con Oseltamivir y el 25% fueron casos positivos para influenza AH1N1, el 13% para virus sincitial respiratorio y el 62% pertenecieron a otros virus respiratorios (adenovirus y parainfluenza).

El hospital Alfredo Noboa Montenegro cumplió con el algoritmo de manejo de casos clínicos de influenza AH1N1 en los 16 pacientes, al realizar hisopado e iniciar tratamiento con Oseltamivir, de los cuales cuatro fueron casos positivos para influenza AH1N1.

Cuadro N° 24. Referencia de los pacientes con Influenza AH1N1 en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, periodo marzo-julio del 2016.

N°	Variable	Frecuencia	Porcentaje
1	MSP	1	6%
2	IESS	1	6%
3	ISSFA	0	0%
4	ISSPOL	0	0%
5	Ninguno	14	88%
		16	100%

Fuente: Guía de Observación realizada a las 16 historias clínicas de los pacientes sospechosos y confirmados de influenza AH1N1.

Elaborado por: Barragán Tania y Gavilanes Miller.

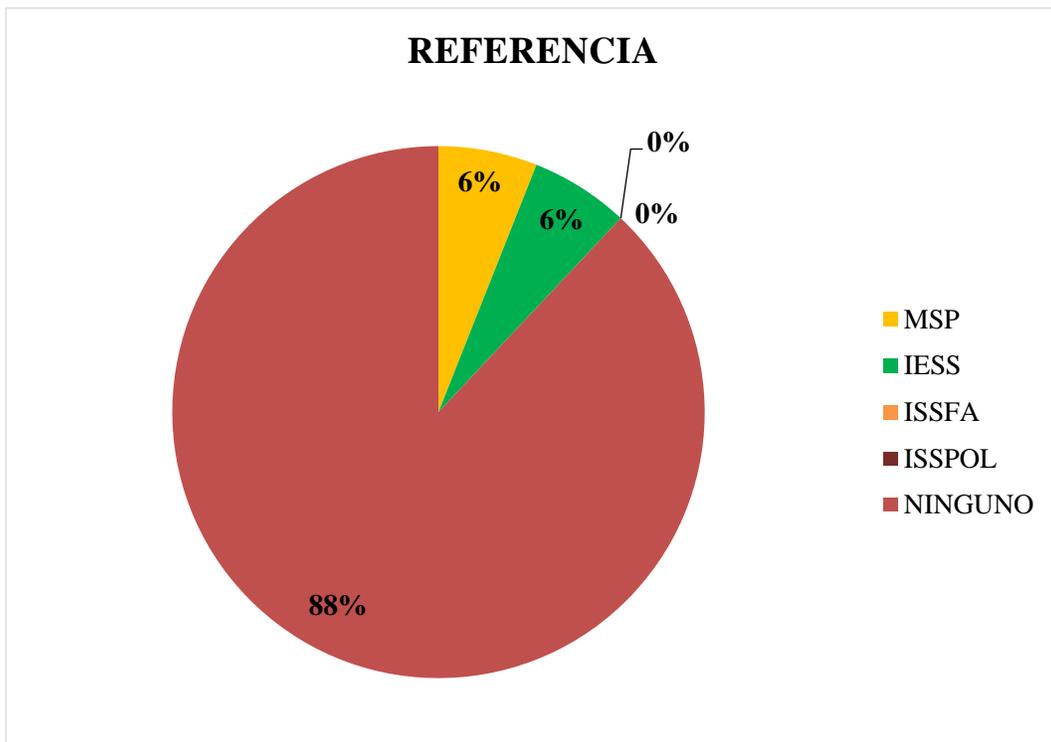


Figura N° 15. Referencia

Cuadro N° 25. Estado final de los pacientes con Influenza AH1N1 en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, periodo marzo-julio del 2016.

N°	Variable	Frecuencia	Porcentaje
1	Vivo	14	88 %
2	Fallecido	2	12 %
		16	100%

Fuente: Guía de Observación realizada a las 16 historias clínicas de los pacientes sospechosos y confirmados de influenza AH1N1.

Elaborado por: Barragán Tania y Gavilanes Miller.

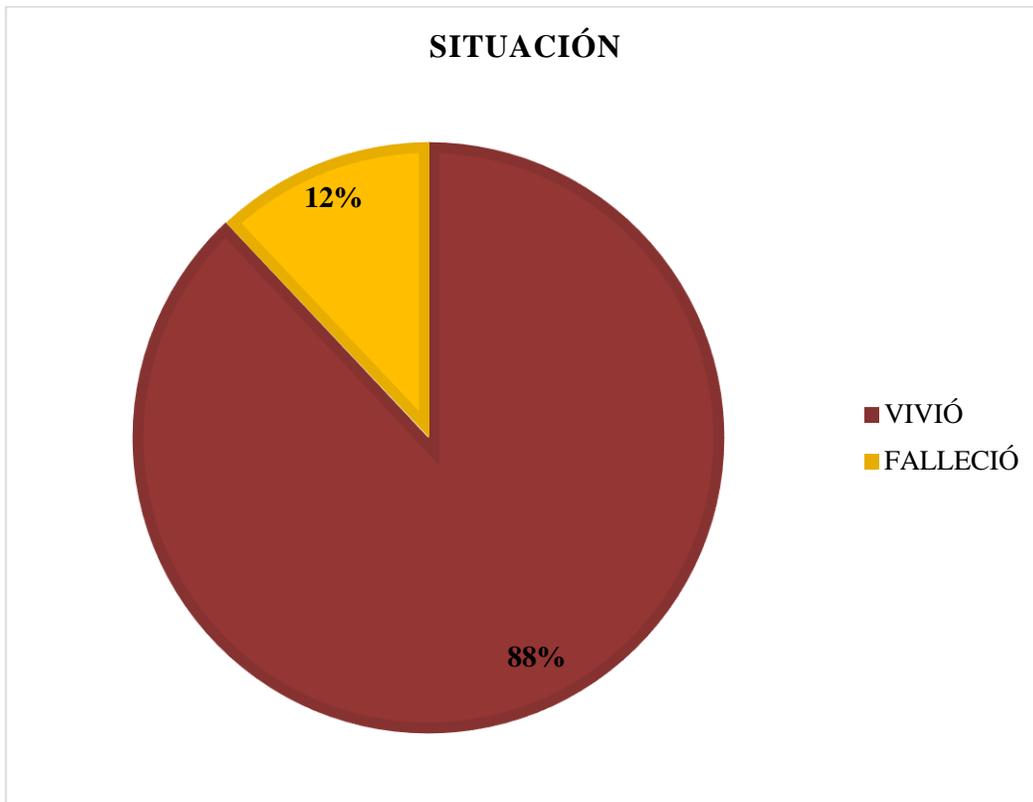


Figura N° 16. Situación.

Análisis e interpretación:

De los 16 pacientes| el 88% no fue referido a ninguna institución de tercer nivel, mientras que el 6% fueron referidos a una institución del Ministerio de Salud Pública y al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. De los 16 pacientes el 88% vivió, mientras que el 12% falleció.

La referencia al tercer nivel fue por complicaciones presentadas en los pacientes, debido a que uno recibió tratamiento tardío por no acudir oportunamente a una casa de salud donde su estado final fue la muerte y el otro por complicaciones generadas por comorbilidad.

La mortalidad directamente por Influenza AH1N1 ocurrió en dos de los cuatro pacientes confirmados, uno por la automedicación recibida que dio lugar a complicaciones y el otro por el tiempo que transcurrió entre el inicio de los signos y síntomas y el tratamiento con Oseltamivir.

Cuadro N° 26. Relación entre edad y sexo de los pacientes con Influenza AH1N1 y su estado final de egreso en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, periodo marzo-julio del 2016.

AH1N1	SEXO	EDAD	ESTADO FINAL
Positivo	Masculino	38 años	Vivo
Positivo	Femenino	16 años	Vivo
Positivo	Masculino	31 años	Fallecido
Positivo	Femenino	15 años	Fallecido

Fuente: Guía de Observación realizada a las 16 historias clínicas de los pacientes sospechosos y confirmados de influenza AH1N1.

Elaborado por: Barragán Tania y Gavilanes Miller.

Cuadro N° 27. Número de casos y porcentaje de pacientes con Influenza AH1N1 en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, periodo marzo-julio del 2016.

CASOS SOSPECHOSOS		CASOS CONFIRMADOS	
N°	%	N°	%
12	75 %	4	25 %

Fuente: Guía de Observación realizada a las 16 historias clínicas de los pacientes sospechosos y confirmados de influenza AH1N1.

Elaborado por: Barragán Tania y Gavilanes Miller.

Cuadro N°. 28. Cumplimiento de cuidados de enfermería según el Modelo de Virginia Henderson en la necesidad Respiración / Circulación en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, periodo marzo-julio del 2016.

N°	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Tomó signos vitales (FR, FC, TA, T°).	16	100 %
2	Valoró signos de dificultad respiratoria.	12	75 %
3	Valoró ruidos respiratorios.	3	19 %
4	Valoró secreción de vía aérea.	14	88 %
5	Valoró Dolor torácico.	6	38 %
6	Valoró tos.	13	81 %
7	Realizó diagnósticos de enfermería basado en los problemas identificados en la valoración.	2	13 %
8	Planificó las intervenciones a realizar en base a los diagnósticos enfermería.	2	13 %
9	Coloco en posición semifowler.	13	81 %
10	Administró oxígeno, por sistema de alto o bajo flujo, según requerimiento.	13	81 %
11	Calculó y registra FiO2 y PaFi	5	31 %
12	Administró medicamentos prescritos.	14	88 %
13	Aplicó cuidados en la intubación y ventilación mecánica.	5	31 %
14	Evaluó la respuesta terapéutica en base al cuidado de enfermería.	13	81 %

Fuente: Guía de Observación aplicada a 16 historias clínicas de pacientes sospechosos y confirmados de Influenza AH1N1.

Elaborado por: Barragán Tania y Gavilanes Miller.

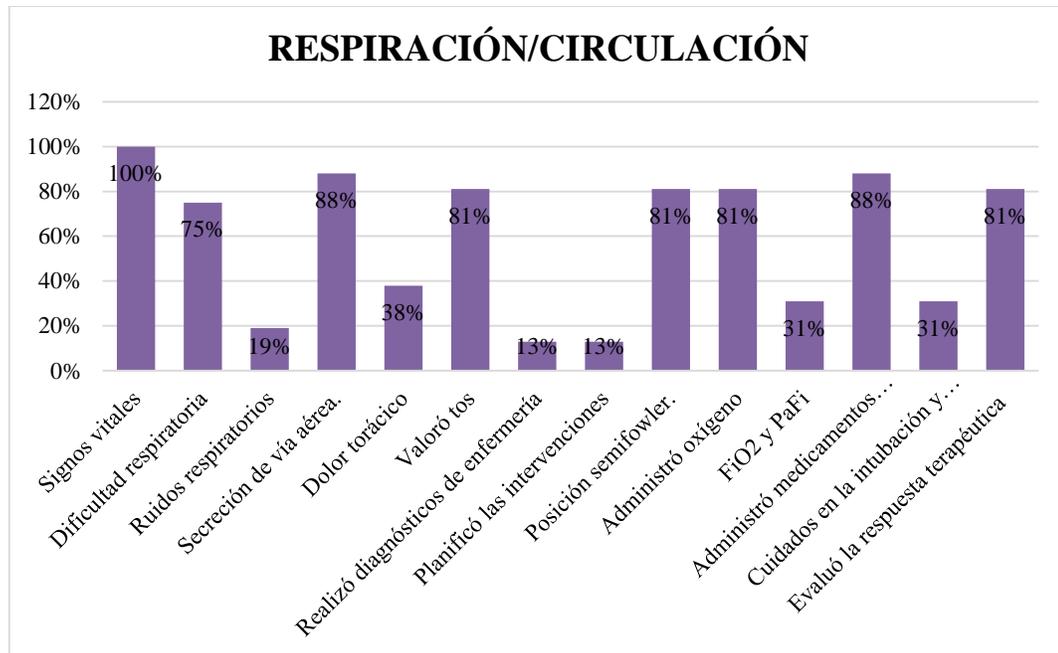


Figura N° 17. Intervenciones de enfermería establecidas en la necesidad Respiración/Circulación.

Análisis e interpretación

En esta necesidad se valoran 14 parámetros aplicados a 16 pacientes donde el porcentaje de cumplimiento es de un 21.8 %, siendo el promedio de 9, el parámetro de mayor aplicación es el tomar signos vitales con un 100 % y el de menor el realizar diagnósticos y planificar intervenciones de enfermería con un 13 %. Este porcentaje bajo nos indica la deficiencia al momento de aplicar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), lo que se evidencia en los reportes realizados para la entrega y recepción del turno; en donde servicios como Emergencia y Pediatría los realizan cefalo-caudal, identificando únicamente signos y síntomas; por otro lado el servicio de Medicina Interna utiliza la metodología PIE (problema, intervención y evaluación), sin embargo; dicho formato no es correctamente utilizado de manera que se identifican alteraciones pero no se establecen diagnósticos de enfermería; por último en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se realizan por aparatos y sistemas, describiendo alteraciones pero no elaboran diagnósticos y por consiguiente no se planifica intervenciones en base a ellos si no a la prescripción médica.

Cuadro N°. 29. Cumplimiento de cuidados de enfermería según el Modelo de Virginia Henderson en la necesidad Alimentación en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, periodo marzo-julio del 2016.

N°	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Valoró tipo de alimentación.	11	69 %
2	Valoró anorexia.	6	38 %
3	Valoró dificultad para alimentarse.	7	44 %
4	Controló Glicemia.	13	81 %
5	Realizó diagnósticos de enfermería basado en los problemas identificados en la valoración.	1	6 %
6	Planificó las intervenciones a realizar en base a los diagnósticos enfermería.	1	6 %
7	Solicitó dieta prescrita e incentivar la importancia de la ingesta diaria.	12	75 %
8	Aplicó cuidados de sonda naso-oro-gastrica.	6	38 %
9	Preparó y proporcionó alimentación enteral, según indicación médica (frecuencia, cantidad).	6	38 %
10	Administró líquidos y electrolitos parenterales prescritos.	13	81 %
11	Tomó medidas antropométricas (peso, talla)	12	75 %
12	Calculó IMC.	0	0 %
13	Evaluó la respuesta terapéutica en base al cuidado de enfermería.	11	69 %

Fuente: Guía de Observación realizada a las 16 historias clínicas de pacientes sospechosos y confirmados de Influenza AH1N1.

Elaborado por: Barragán Tania y Gavilanes Miller.

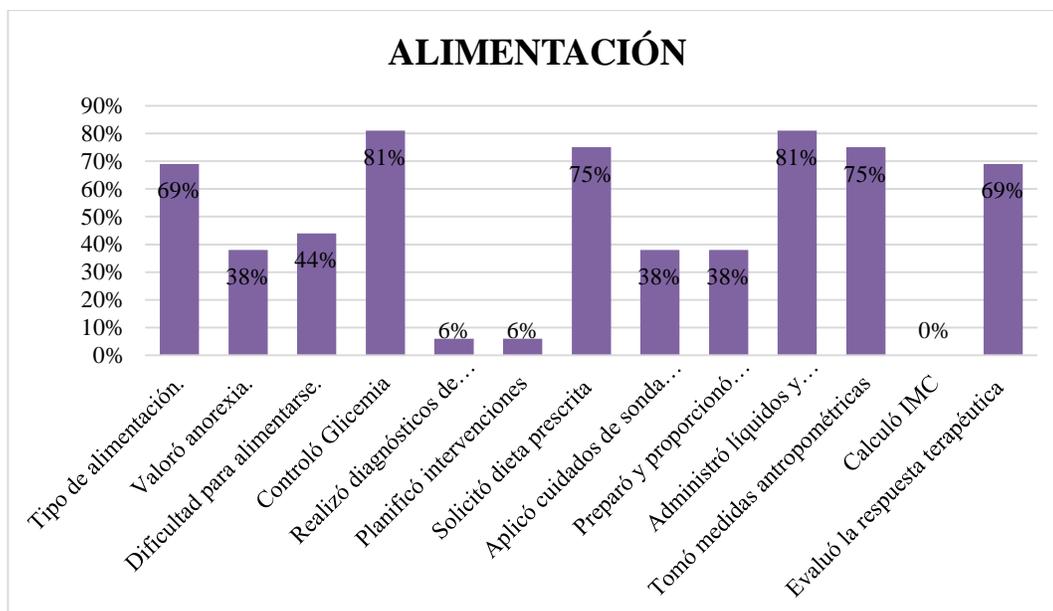


Figura N° 18. Intervenciones de enfermería establecidas en la necesidad Alimentación.

Análisis e interpretación

En esta necesidad se valoran 13 parámetros aplicados a 16 pacientes donde el porcentaje de cumplimiento es de un 16.5 %, siendo el promedio de 7.6, el parámetro de mayor aplicación es controlar glicemia y administrar líquidos y electrolitos prescritos con un 81 % y el de menor realizar diagnósticos y planificar intervenciones de enfermería con un 6 %, sin embargo; se observa un no cumplimiento en el parámetro de cálculo de Índice de Masa Corporal (IMC).

Este porcentaje bajo nos indica la deficiencia al momento de aplicar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), lo que se evidencia en los reportes realizados para la entrega y recepción del turno; en donde servicios como Emergencia y Pediatría los realizan cefalo-caudal, identificando únicamente signos y síntomas; por otro lado el servicio de Medicina Interna utiliza la metodología PIE (problema, intervención y evaluación), sin embargo; dicho formato no es correctamente utilizado de manera que se identifican alteraciones pero no se establecen diagnósticos de enfermería; por último en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se realizan por aparatos y sistemas, describiendo alteraciones pero no elaboran

diagnósticos y por consiguiente no se planifica intervenciones en base a ellos si no a la prescripción médica.

Por otro lado el no cumplimiento del cálculo del IMC indica que no forma parte de la rutina del personal de enfermería al tomar medidas antropométricas, siendo este un indicador del estado nutricional del individuo.

Cuadro N°. 30. Cumplimiento de cuidados de enfermería según el Modelo de Virginia Henderson en la necesidad Eliminación en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, periodo marzo-julio del 2016.

N°	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Valoró la presencia y características del vómito y residuo gástrico.	5	31 %
2	Valoró características del abdomen y ruidos hidroaereos.	10	63 %
3	Valoró características y alteraciones de la eliminación fecal y urinaria	9	56 %
4	Valoró medios invasivos utilizados para la eliminación.	5	31 %
5	Realizó diagnósticos de enfermería basado en los problemas identificados en la valoración.	0	0 %
6	Planificó las intervenciones a realizar en base a los diagnósticos enfermería.	0	0 %
7	Brindó cuidados de sonda vesical.	4	25 %
8	Administró líquidos y electrolitos prescritos.	14	88 %
9	Administró medicamentos prescritos (laxantes, antieméticos, diuréticos,).	7	44 %
10	Realizó control de ingesta y excreta.	14	88 %
11	Evaluó la respuesta terapéutica en base al cuidado de enfermería.	7	44 %

Fuente: Guía de Observación realizada a las 16 historias clínicas de pacientes sospechosos y confirmados de Influenza AH1N1.

Elaborado por: Barragán Tania y Gavilanes Miller.

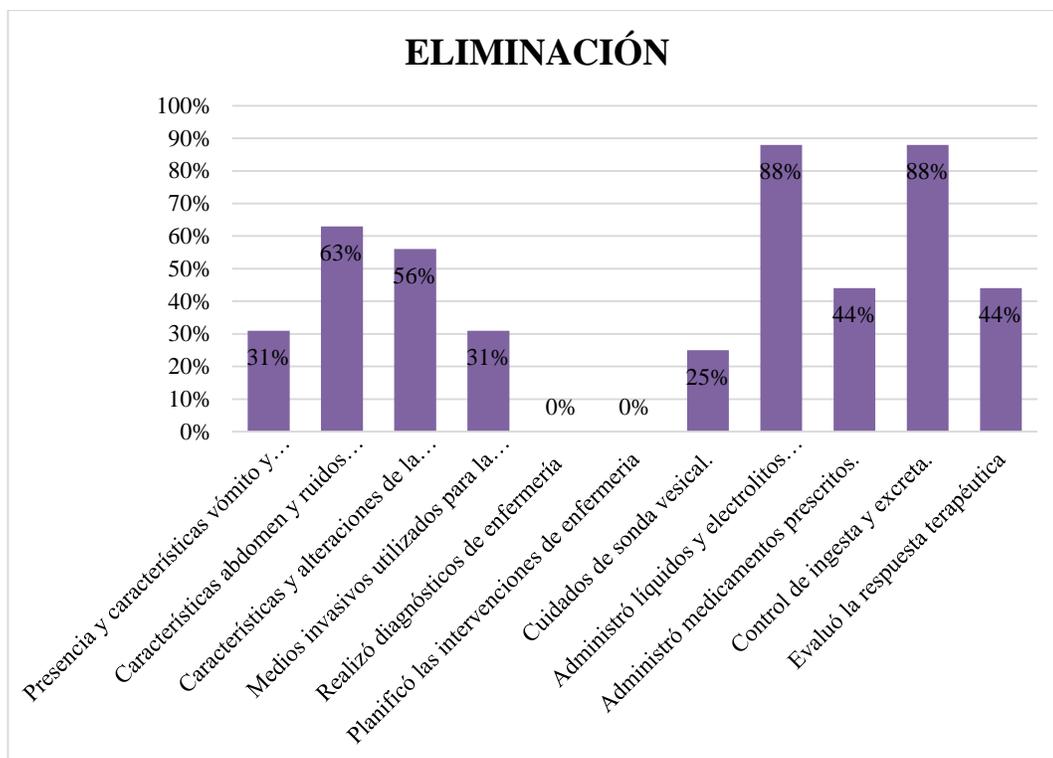


Figura N° 19. Intervenciones de enfermería establecidas en la necesidad Eliminación.

Análisis e interpretación

En esta necesidad se valoran 11 parámetros aplicados a 16 pacientes donde el porcentaje de cumplimiento es de un 12.5 %, siendo el promedio es 6.8, el parámetro de mayor aplicación es administrar líquidos y electrolitos prescritos y realizar control de ingesta con un 88 % y el de menor brindar cuidados de sonda vesical con un 25 %, sin embargo; se observa un no cumplimiento en realizar diagnósticos y planificar intervenciones de enfermería.

Este porcentaje bajo hace referencia a que la guía de observación se aplicó de manera general a las 16 historias clínicas, en donde únicamente cuatro pacientes tuvieron sonda vesical y por tanto se aplicaron los cuidados respectivos.

Por otro lado el no cumplimiento del parámetro anteriormente mencionado Este porcentaje bajo nos indica la deficiencia al momento de aplicar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), lo que se evidencia en los reportes realizados para la entrega y recepción del turno; en donde servicios como Emergencia y Pediatría

los realizan céfalo-caudal, identificando únicamente signos y síntomas; por otro lado el servicio de Medicina Interna utiliza la metodología PIE (problema, intervención y evaluación), sin embargo; dicho formato no es correctamente utilizado de manera que se identifican alteraciones pero no se establecen diagnósticos de enfermería; por último en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se realizan por aparatos y sistemas, describiendo alteraciones pero no elaboran diagnósticos y por consiguiente no se planifica intervenciones en base a ellos si no a la prescripción médica.

Cuadro N°. 31. Cumplimiento de cuidados de enfermería según el Modelo de Virginia Henderson en la necesidad Movilización en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, periodo marzo-julio del 2016.

N°	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Realizó diagnósticos de enfermería basado en los problemas identificados en la valoración.	6	38 %
2	Planificó las intervenciones a realizar en base a los diagnósticos enfermería.	6	38 %
3	Brindo seguridad al paciente al momento del traslado de la cama a la camilla o silla de ruedas.	11	69 %
4	Ayudó a mantener una posición adecuada.	12	75 %
5	Aplicó protocolo de prevención de caídas (escala Downton).	9	56 %
6	Evaluó la respuesta terapéutica en base al cuidado de enfermería.	9	56 %

Fuente: Guía de Observación realizada a las 16 historias clínicas de pacientes sospechosos y confirmados de Influenza AH1N1.

Elaborado por: Barragán Tania y Gavilanes Miller.

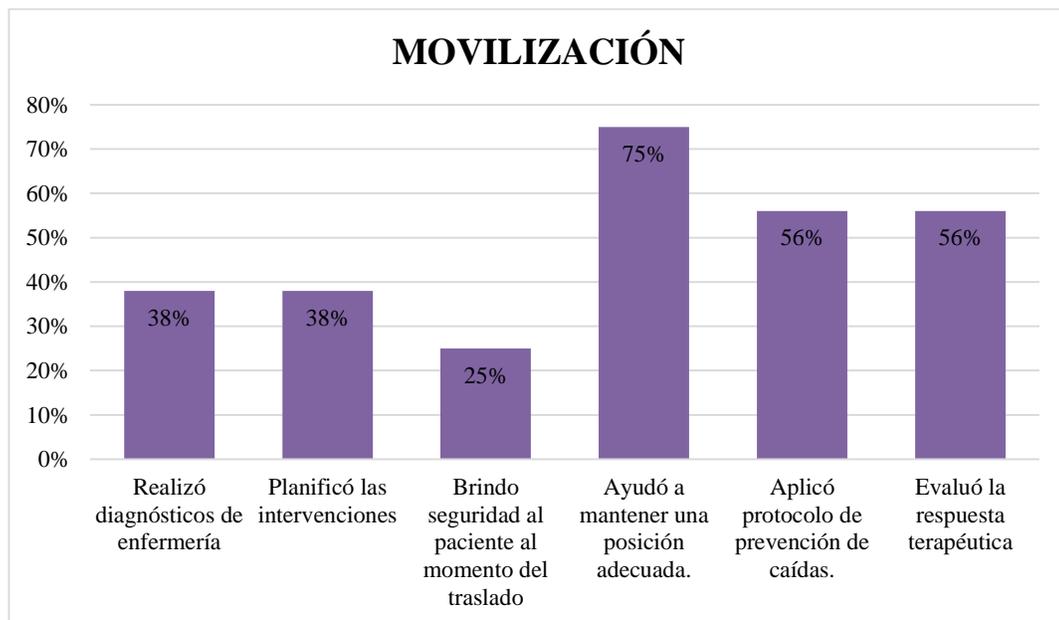


Figura N° 20. Intervenciones de enfermería establecidas en la necesidad Movilización.

Análisis e interpretación

En esta necesidad se valoran 6 parámetros aplicados a 16 pacientes donde el porcentaje de cumplimiento es de un 8.8 %, siendo el promedio es 8.8, el parámetro de mayor aplicación es ayudar a mantener una posición adecuada con un 75% y el de menor realizar diagnósticos y planificar intervenciones de enfermería con un 38%.

Este porcentaje bajo nos indica la deficiencia al momento de aplicar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), lo que se evidencia en los reportes realizados para la entrega y recepción del turno; en donde servicios como Emergencia y Pediatría los realizan cefalo-caudal, identificando únicamente signos y síntomas; por otro lado el servicio de Medicina Interna utiliza la metodología PIE (problema, intervención y evaluación), sin embargo; dicho formato no es correctamente utilizado de manera que se identifican alteraciones pero no se establecen diagnósticos de enfermería; por último en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se realizan por aparatos y sistemas, describiendo alteraciones pero no elaboran diagnósticos y por consiguiente no se planifica intervenciones en base a ellos si no a la prescripción médica.

Cuadro N°. 32. Cumplimiento de cuidados de enfermería según el Modelo de Virginia Henderson en la necesidad Reposo en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, periodo marzo-julio del 2016.

N°	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Valoró el estado de conciencia.	13	81 %
2	Valoró fatiga.	2	13 %
3	Valoró dolor.	3	19 %
4	Valoró alteraciones del sueño.	4	25 %
5	Realizó diagnósticos de enfermería basado en los problemas identificados en la valoración.	1	6 %
6	Planificó las intervenciones a realizar en base a los diagnósticos enfermería.	1	6%
7	Comprobó el esquema de sueño del paciente.	1	6 %
8	Proporcionó un ambiente tranquilo para el reposo y sueño.	0	0 %
9	Administró medicamentos prescritos (analgésicos).	12	75 %
10	Evaluó la respuesta terapéutica en base al cuidado de enfermería.	5	31 %

Fuente: Guía de Observación realizada a las 16 historias clínicas de pacientes sospechosos y confirmados de Influenza AH1N1.

Elaborado por: Barragán Tania y Gavilanes Miller.

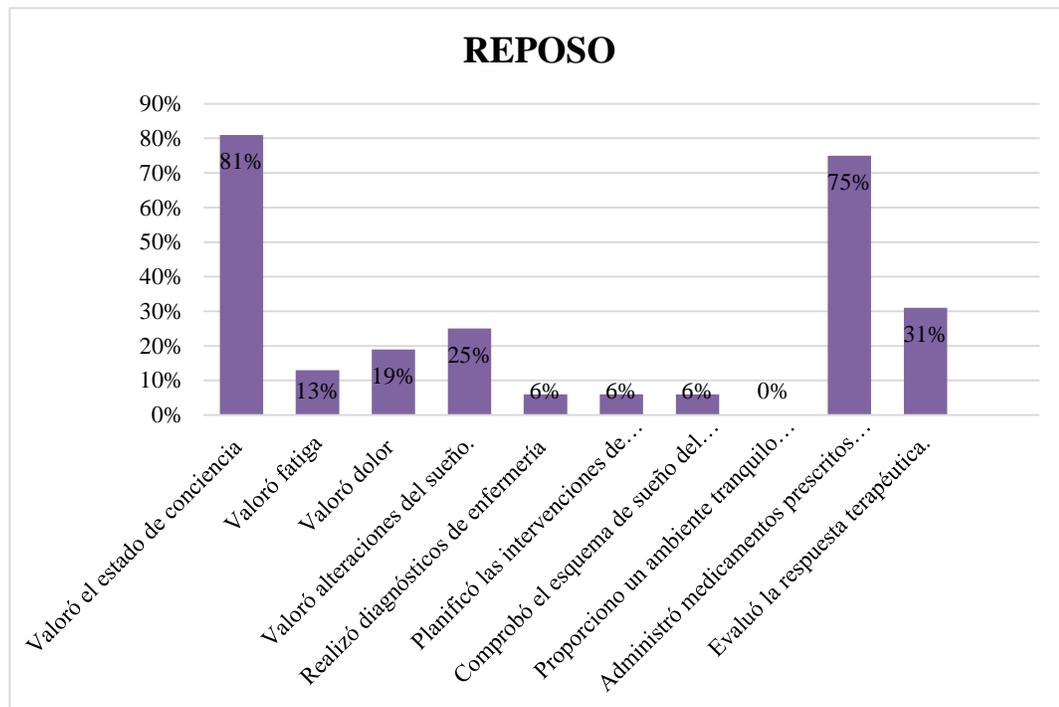


Figura N° 21. Intervenciones de enfermería establecidas en la necesidad Reposo.

Análisis e interpretación

En esta necesidad se valoran 11 parámetros aplicados a 16 pacientes donde el porcentaje de cumplimiento es de un 7 %, siendo el promedio de 4.2, el parámetro de mayor aplicación es valorar el estado de conciencia con un 81 % y el de menor realizar diagnósticos, planificar intervenciones de enfermería y comprobar el esquema de sueño del paciente con un 6 %, sin embargo; se observa un no cumplimiento en proporciono un ambiente tranquilo para el reposo.

De esta manera los porcentajes bajos nos indican por un lado que el personal de enfermería se centra en satisfacer la necesidad afectada específicamente por la patología restando importancia a las demás y por otro la deficiencia al momento de aplicar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), lo que se evidencia en los reportes realizados para la entrega y recepción del turno; en donde servicios como Emergencia y Pediatría los realizan céfalo-caudal, identificando únicamente signos

y síntomas; por otro lado el servicio de Medicina Interna utiliza la metodología PIE (problema, intervención y evaluación), sin embargo; dicho formato no es correctamente utilizado de manera que se identifican alteraciones pero no se establecen diagnósticos de enfermería; por último en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se realizan por aparatos y sistemas, describiendo alteraciones pero no elaboran diagnósticos y por consiguiente no se planifican intervenciones en base a ellos si no a la prescripción médica.

Cuadro N°. 33. Cumplimiento de cuidados de enfermería según el Modelo de Virginia Henderson en la necesidad Termorregulación en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, periodo marzo-julio del 2016.

N°	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Valoró la temperatura.	16	100 %
2	Valoró color de piel.	12	75 %
3	Valoró escalofrío.	1	6 %
4	Valoró temperatura al tacto.	2	13 %
5	Realizó diagnósticos de enfermería basado en los problemas identificados en la valoración.	4	25 %
6	Planificó las intervenciones a realizar en base a los diagnósticos enfermería.	4	25 %
7	Controló y registro de curva térmica.	14	88 %
8	Aplicó medios físicos.	3	19 %
9	Adecuó el entorno, según necesidades del paciente (ventilación de la habitación, ropa ligera).	4	25 %
10	Administró medicación según prescripción médica.	14	88 %
11	Evaluó la respuesta terapéutica en base al cuidado de enfermería.	12	75 %

Fuente: Guía de Observación aplicada a las 16 historias clínicas de pacientes sospechosos y confirmados de Influenza AH1N1.

Elaborado por: Barragán Tania y Gavilanes Miller.

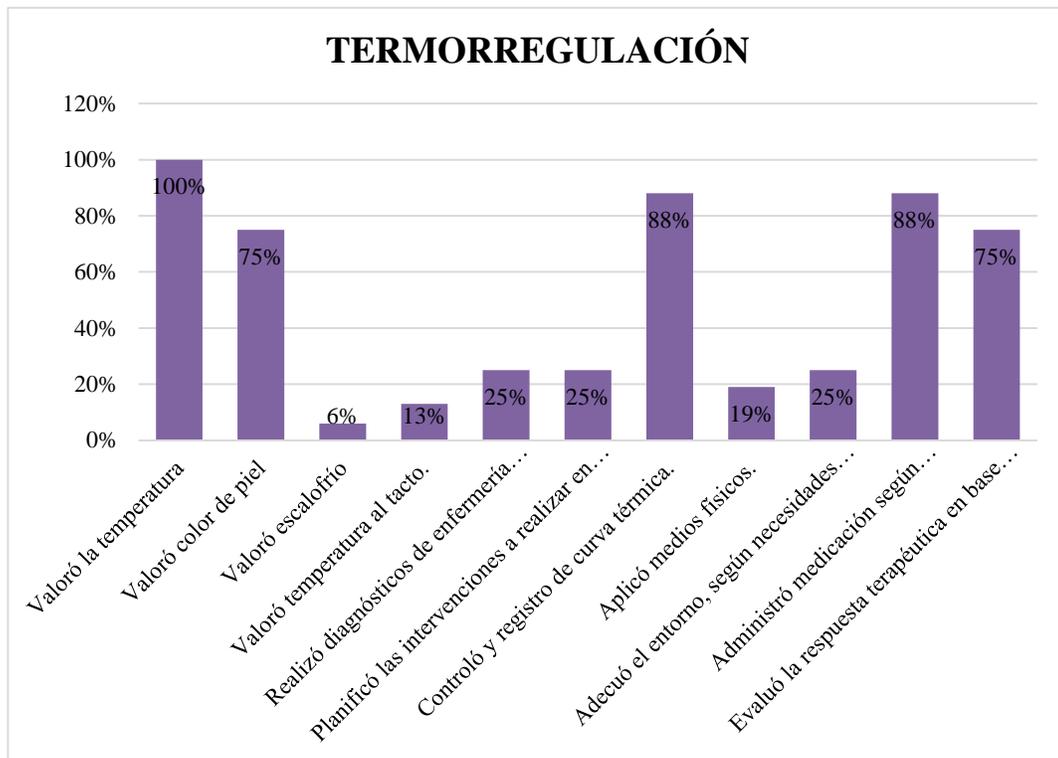


Figura N° 22. Intervenciones de enfermería establecidas en la necesidad Termorregulación.

Análisis e interpretación

En esta necesidad se valoran 11 parámetros aplicados a 16 pacientes donde el porcentaje de cumplimiento es de un 14.3 %, siendo el promedio de 7.8, el parámetro de mayor aplicación es valorar temperatura corporal con un 100 % y el de menor valorar escalofrío con un 6 %, lo cual refleja que no forma parte de las actividades cotidianas de enfermería las cual se centran en el valor de la temperatura corporal.

Cuadro N°. 34. Cumplimiento de cuidados de enfermería según el Modelo de Virginia Henderson en la necesidad Seguridad en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, periodo marzo-julio del 2016.

N°	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Valoró tipo de aislamiento.	7	44 %
2	Valoró alergias conocidas.	0	0 %
3	Indagó la colaboración en el tratamiento.	2	13 %
4	Indagó sobre vacunación contra influenza.	0	0 %
5	Valoró peligros ambientales.	0	0 %
6	Valoró el riesgo de aspiración.	4	25 %
7	Valoró el riesgo de contagio a otras personas.	5	31 %
8	Realizó diagnósticos de enfermería basado en los problemas identificados en la valoración.	8	50 %
9	Planificó las intervenciones a realizar en base a los diagnósticos enfermería.	8	50 %
10	Aplicó protocolo de prevención de caídas (Escala Downton)	9	56 %
11	Educo al usuario y familia sobre medidas preventivas y mecanismos de transmisión del virus de la influenza AH1N1.	2	13 %
12	Educo al usuario y familia sobre la importancia del aislamiento.	3	19 %
13	Contribuyó a mantener al paciente aislado.	7	44 %
14	Educo al usuario y familia sobre la forma correcta de toser y estornudar.	2	13 %
15	Aplicó protocolo de higiene de manos (personal, familiares y usuario).	5	31 %
16	Educo al usuario y familia sobre la importancia de utilizar prendas de protección personal.	4	25 %
17	Educo al usuario y familia sobre la importancia de cumplir el régimen terapéutico.	2	13 %
18	Administró medicamentos prescritos (antiviral, antibióticos, antieméticos).	14	88 %
19	Colocó en posición semifowler.	13	81 %
20	Aplicó protocolo manejo de Infecciones Asociadas a la Atención	3	19 %

	Sanitaria, (cuidados de vía periférica, central, catéter vesical y ventilación mecánica).		
21	Evaluó la respuesta terapéutica en base al cuidado de enfermería.	9	56 %

Fuente: Guía de Observación aplicada a las 16 historias clínicas de pacientes sospechosos y confirmados de Influenza AH1N1.

Elaborado por: Barragán Tania y Gavilanes Miller.

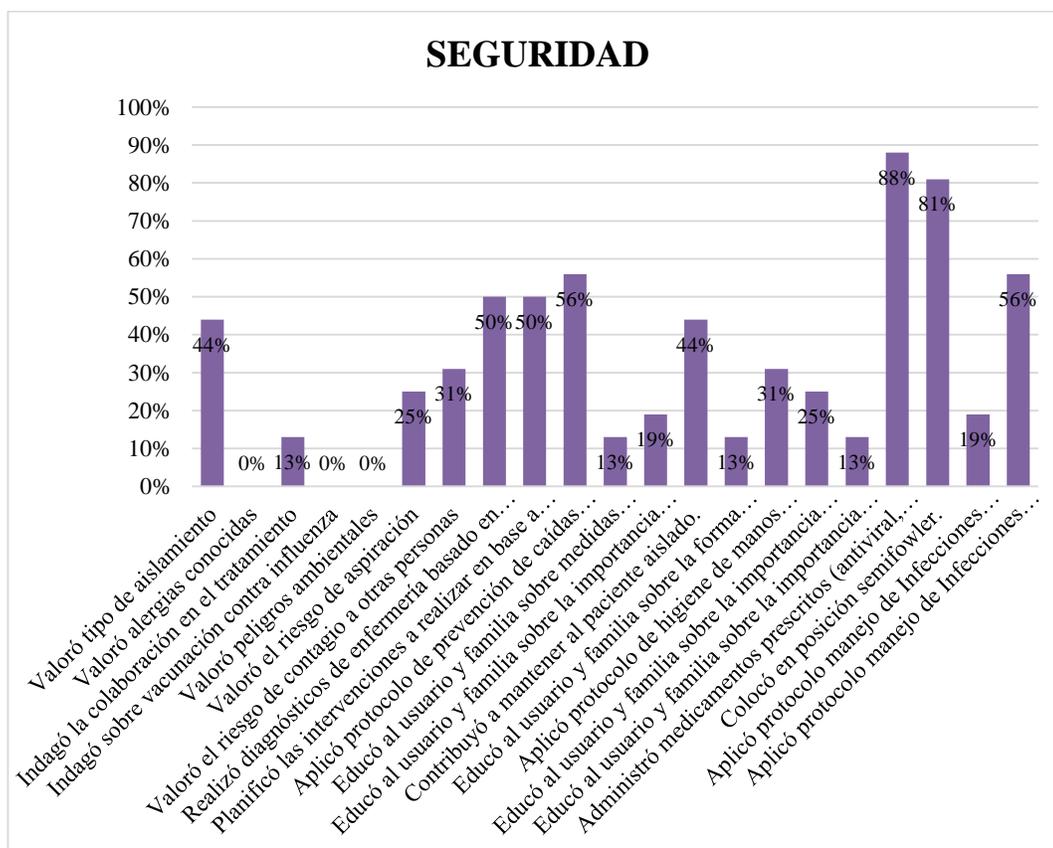


Figura N° 23. Intervenciones de enfermería establecidas en la necesidad Seguridad.

Análisis e interpretación

En esta necesidad se valoran 21 parámetros aplicados a 16 pacientes donde el porcentaje de cumplimiento es de un 17.8 %, siendo el promedio de 5; el parámetro de mayor aplicación es administrar medicamentos prescritos con un 88 % y, el de menor utilización indagar la colaboración en el tratamiento, educar sobre medidas preventivas y mecanismos de transmisión del virus, forma correcta de toser y

estornudar y, la importancia de cumplir el régimen terapéutico con un 13%, sin embargo se observa un no cumplimiento en valorar alergias conocidas, vacunación contra influenza y peligros ambientales.

El porcentaje bajo indica que el personal de enfermería no educó sobre aspectos básicos en la influenza AH1N1, sabiendo que la educación constituye una de las funciones principales de la enfermera, aunque se pudo haber realizado sin embargo; no se refleja en las historias clínicas.

Por otro lado el no cumplimiento de los parámetros anteriormente indicados se debe a que son valorados principalmente por el médico sin embargo; Virginia Henderson considera relevante que el personal de enfermería también los valore.

Cuadro N°. 35. Cumplimiento de cuidados de enfermería según el Modelo de Virginia Henderson en la necesidad Comunicación en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, periodo marzo-julio del 2016.

N°	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Valoró estado de ánimo.	10	63 %
2	Valoró la necesidad de comunicarse.	1	6%
3	Valoró limitaciones para comunicarse.	1	6%
4	Realizó diagnósticos de enfermería basado en los problemas identificados en la valoración.	0	0 %
5	Planificó las intervenciones a realizar en base a los diagnósticos enfermería.	0	0%
6	Contribuyó a la comunicación con familiares.	0	0%
7	Estableció líneas de comunicación paciente-enfermera.	0	0%
8	Brindó apoyo psicológico.	0	0%
9	Estableció vínculo médico-paciente.	0	0%
10	Promovió la expresión de inquietudes, emociones, necesidades y opiniones.	0	0%
11	Utilizó un lenguaje según el nivel de educación del paciente.	0	0%
12	Evaluó la respuesta terapéutica en base al cuidado de enfermería	0	0%

Fuente: Guía de Observación realizada a las 16 historias clínicas de pacientes sospechosos y confirmados de Influenza AH1N1.

Elaborado por: Barragán Tania y Gavilanes Miller.

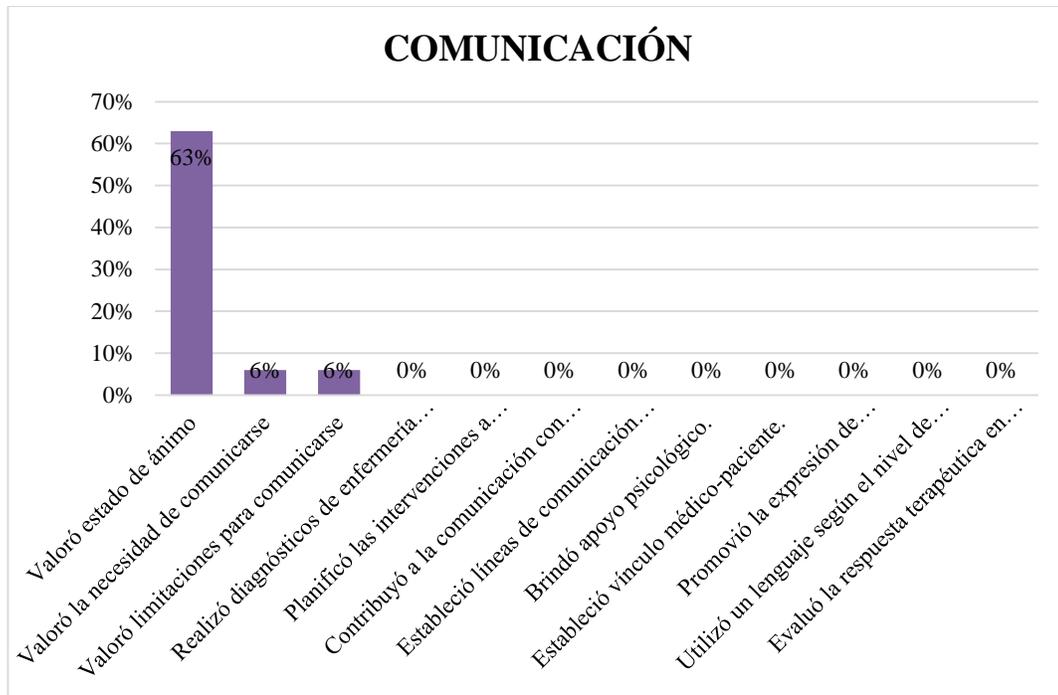


Figura N° 24. Intervenciones de enfermería establecidas en la necesidad Comunicación.

Análisis e interpretación

En esta necesidad se valoran 12 parámetros aplicados a 16 pacientes donde el porcentaje de cumplimiento es de un 2 %, siendo el promedio de 1, el parámetro de mayor aplicación es valorar el estado de ánimo con un 63 % y el de menor valorar la necesidad y limitaciones para comunicarse con un 6% sin embargo; se observa un no cumplimiento en los parámetros restantes.

El menor porcentaje y el no cumplimiento de los parámetros anteriormente mencionados, refleja que el personal de enfermería se centra únicamente en la patología y no considera al individuo un ser biopsicosocial, tomando en cuenta que Virginia Henderson describe la comunicación como indispensable para evitar alteraciones de salud tanto físicas como psicológicas, por esta razón es indispensable que el ser humano exprese sus pensamientos, sentimientos y emociones, interaccionando con el resto de personas y con su entorno.

CAPITULO IV

RESULTADOS

- Se llegó a la caracterización clínica epidemiológica de los 16 pacientes clínicos de Influenza AH1N1, obteniendo lo siguiente: el 69% son mujeres y el 31% hombres, el grupo de edad frecuente es el comprendido entre los 21 y 40 años con el 44%, la fiebre y la dificultad respiratoria son los signos y síntomas más comunes con el 100%, mientras que la rinorrea y odinofagia son escasos con el 25%, en el 100% de los pacientes se realizó hisopado nasofaríngeo e inicio el tratamiento con Oseltamivir, el 25% fue confirmado como positivo para Influenza AH1N1 de los cuales el 13% falleció el mismo que se detalla en el **Anexo N° 2**.
- La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), en el cuidado del paciente con influenza AH1N1, según el modelo de Virginia Henderson, promueve el cuidado holístico del individuo y permite que la práctica de enfermería se sustente científicamente, de esta manera se establecen diagnósticos e intervenciones específicas para cada una de las 14 necesidades las mismas que se detallan en el presente trabajo.
- Se elaboró una Guía de Valoración en los pacientes con Influenza AH1N1 según el modelo de Virginia Henderson, para facilitar la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE).
- Se socializó la Guía de Valoración en los pacientes con Influenza AH1N1 a las líderes de cada servicio, a la coordinadora del departamento de enfermería y al coordinador de docencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, la misma que se encuentra en proceso de aprobación.

**GUIA DE VALORACIÓN SEGÚN EL MODELO DE VIRGINIA
HENDERSON EN EL PACIENTE CON INFLUENZA AH1N1**

Objetivo: Determinar el nivel de dependencia e independencia en el paciente con influenza AH1N1.

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos: _____
Edad: _____
Cedula de identidad: _____ **Historia Clínica:** _____ **Cama:** _____
Fecha de valoración: _____
Servicio: _____
Responsable: _____

NECESIDADES HUMANAS	ESCALA DE VALORACION	
	INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE
1. RESPIRACIÓN/CIRCULACIÓN		

Signos vitales

Frecuencia cardiaca: _____ Tensión arterial: _____ Tensión arterial media: _____
 Frecuencia respiratoria: _____ Saturación de oxígeno: _____

Compromiso respiratorio

FiO2: _____ PO2: _____ PaFi: _____

Capacidad respiratoria:

Normal: _____ Bradipnea: _____ Taquipnea _____ Apnea _____

Signos de dificultad respiratoria

Cianosis _____ Aleteo nasal _____ Quejido espiratorio _____
 Tiraje subcostal _____ Tiraje esternal _____ Tiraje intercostal _____
 Movimientos tóraco-abdominales _____

Ruidos respiratorios

Estertores	Estridor	Sibilancias
Roncus	Crepitantes	
Requerimiento de oxígeno:	SI	NO
Especifique: _____		
Litros: _____		
Tos:	SI	NO
Secreción de vía aérea:	SI	NO
Cantidad: _____		Color: _____
Dolor torácico:	SI	NO
Odinofagia:	SI	NO
Antecedentes patológicos y farmacológicos: _____		

Observaciones: _____		

ALIMENTACION	INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE
Tipo		
NPO		
Oral		
Enteral	Sonda Nasogástrica	Sonda Orogástrica
Parenteral		
Hidratación parenteral:	SI	NO
Especifique _____		
Anorexia:	SI	NO
Dificultad para alimentarse:	SI	NO
Especifique _____		
Glicemia: _____		
Medidas antropométricas:	Peso _____	Talla _____
		IMC _____

Antecedentes patológicos y farmacológicos: _____

Observaciones: _____

ELIMINACION	INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE
--------------------	----------------------	--------------------

Vomito: SI NO

Características: _____

Residuo gástrico: SI NO

Cantidad: _____

Características: Claro Amarillo Verdoso Sanguinolento

Ruidos hidroaereos: Disminuidos Aumentados Presentes Ausentes

Abdomen: Blando depresible Distensión abdominal

Eliminación Urinaria

Cantidad: Horaria 24 horas

Color: Ambar Hematuria Coluria

Alteraciones: Anuria Polaquiuria Poliuria

Oliguria Incontinencia Globo vesical

Medios invasivos: Sonda vesical Cistostomia

Eliminación fecal

Numero de deposiciones diarias: _____

Estreñimiento: SI NO

Diarrea: SI NO

Características: _____

Diaforesis: SI NO

Antecedentes patológicos y farmacológicos: _____

Observaciones: _____					
MOVILIZACION			INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE	
Situación actual:	Deambulante	Sillón-Cama	Encamado		
Requiere ayuda:	SI	NO			
Dispositivos:	Muletas	Bastón	Silla de ruedas	Andadera	
Mialgia:	SI	NO			
Artralgia:	SI	NO			
Limitación Movimientos:	Flacidez	Hemiplejia	Hemiparecia	Parálisis	Paraplejia
Observaciones: _____					
DESCANSO			INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE	
Estado de conciencia:	Consciente/Orientado Estuporoso		Desorientado Coma	Somnoliento	
Horas sueño diarias:	_____				
Fatiga:	SI	NO			
Glasgow:	_____				
Alteraciones del sueño:	_____				
Observaciones: _____					
VESTIRSE Y DESVERSTIRSE			INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE	
Capacidad:	SI	NO			
Dificultad:	SI	NO			
Tipo:	_____				
Utiliza prendas adecuadas según el ambiente:	SI		NO		
Observaciones: _____					
TERMORREGULACIÓN			INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE	

Temperatura:	Axilar _____	Bucal _____		
Normal		Hipotermia		Hipertermia
Color de piel:	Rosada		Rubicunda	Morada
Escalofrío:	SI	NO		
Temperatura al tacto:	Frío	Caliente	Tibio	Húmedo
Observaciones:	_____			
HIGIENE PIEL			INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE
Higiene personal:	Buena		Regular	Mala
Capacidad para mantener higiene:		SI	NO	
Tipo de ayuda que precisa:	_____			
Estado de piel y mucosas:	Seca	Hidratada	Integra	Lesiones
Alteraciones				
Presencia de úlceras por presión (UPP):		SI	NO	
Localización:	_____			
Grado:	_____	Limpio:	Infectado:	
Herida:	SI	NO		
Localización:	_____			
TURGENCIA:	Buena		Regular	Mala
Observaciones:	_____			
SEGURIDAD			INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE
Déficits sensoriales:		SI	NO	
Tipo:	_____			
Caídas previas:		SI	NO	
Estado de conciencia:	Consiente/orientado		Desorientado	
	Somnoliento		Coma	
Conocimiento sobre la patología:		SI	NO	
Aislamiento:		SI	NO	
Tipo:	_____			
Alergias conocidas:		SI	NO	

Especifique: _____		
Colabora en el tratamiento:	SI	NO
Vacunación influenza:	SI	NO
Peligros ambientales:	SI	NO
Especifique: _____		
Riesgo de aspiración:	SI	NO
Observaciones: _____		
COMUNICACIÓN	INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE
Estado de ánimo:		
<ul style="list-style-type: none"> • Ansioso • Deprimido • Hostil • Agresivo 		
Manifiesta necesidades:	SI	NO
Manifiesta sentimientos:	SI	NO
Solicita información:	SI	NO
Limitaciones para comunicarse:	SI	NO
Tipo: _____		
Observaciones: _____		
VALORES Y CREENCIAS	INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE
Religión: _____		
Solicita ayuda espiritual:	SI	NO
Utiliza medicina alternativa:	SI	NO
Especifique: _____		
Observaciones: _____		
TRABAJAR/REALIZARCE	INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE
Tipo de trabajo: _____		
Deseo de realización y superación:	SI	NO
Observaciones: _____		

OCIO	INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE
Actividades recreativas:	SI	NO
Especifique: _____		
Dificultad para realizar pasatiempos:	SI	NO
Especifique: _____		
Observaciones: _____		
APRENDER	INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE
Limitaciones de aprendizaje:	SI	NO
Tipo: _____		
Conoce su estado de salud:	SI	NO
Conoce el régimen terapéutico:	SI	NO
Se interesa por aprender:	SI	NO
Observaciones: _____		

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- El cuidado de enfermería no puede seguir basado en la intuición, rutina y métodos empíricos, sino más bien debe fundamentarse en juicios críticos derivados de la aplicación de un modelo de cuidado, que permita clarificar las funciones de enfermería encaminadas a lograr el bienestar holístico del ser humano.
- Durante el periodo de investigación se aplicó una guía de observación a historias clínicas, donde se evidenció que los dos pacientes que fallecieron iniciaron el tratamiento con Oseltamivir tardíamente ya que su eficacia es dentro de las primeras 48 horas de iniciado los síntomas.
- En nuestra investigación se evidenció que los pacientes que se automedicaron fallecieron ya que la automedicación oculta el cuadro clínico de la Influenza AH1N1, impidiendo el diagnóstico y tratamiento oportuno, además la presencia de comorbilidades complica el curso de la enfermedad y aumenta el riesgo de mortalidad.
- El personal de enfermería se centra únicamente en la parte biológica del paciente, afectada por la patología, descuidando el factor psico-social, lo que conlleva a la deficiencia al momento de satisfacer las 14 necesidades básicas del ser humano.
- Al realizar la guía de observación a las 16 historias clínicas, se constató que existe escasa aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en la Influenza AH1N1, el mismo que se ve reflejado en los reportes para la entrega y recepción del turno.

5.2. RECOMENDACIONES

- Se recomienda continuar aplicando el Modelo de Virginia Henderson en los servicios del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, para de esta manera fomentar un cuidado estandarizado que contribuya a mejorar la salud, a lograr la recuperación de la enfermedad y/o a tener una muerte tranquila.
- Iniciar el tratamiento con Oseltamivir dentro de las primeras 48 horas de iniciado los síntomas, para su mayor eficacia, en los casos clínicos de Influenza AH1N1.
- Se recomienda no automedicarse y acudir oportunamente a una casa de salud para recibir el diagnóstico y tratamiento oportuno, específicamente en aquellas personas que presentan algún tipo de comorbilidad.
- Para la satisfacción de las 14 necesidades de Virginia Henderson se recomienda que el personal de enfermería tenga un enfoque holístico y considere al individuo un ser biopsicosocial.
- Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), valorando necesidades e identificando problemas, a través de la Guía de Valoración en los pacientes con Influenza AH1N1 según el modelo de Virginia Henderson propuesta en el presente trabajo, lo que permitirá establecer diagnósticos de enfermería, para su posterior intervención y evaluación, lo mismo que debe ser reflejado en la historia clínica al realizar los reportes de forma sistemática para la entrega y recepción del turno.

BIBLIOGRAFÍA

- Ann Murriner, T. M. (2005). *Modelos Y teorías en enfermería*. (5ta ed.). España: ILSEVIER.
- Canaria, U. d. (16 de Noviembre de 2002). *Universidad de las Palmas de Gran Canaria*. Obtenido de Universidad de las Palmas de Gran Canaria: http://www2.ulpgc.es/descargadirecta.php?codigo_archivo=4479
- CDC. (15 de Septiembre de 2016). *Centro para el Control y Prevencion de Enfermedades*. Obtenido de Centro para el Control y Prevencion de Enfermedades: <https://espanol.cdc.gov/enes/flu/about/viruses/types.htm>
- Chamocho, M. J. (Mayo de 2015). *Universidad de Jaen*. Obtenido de Universidad de Jaen: http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1306/1/TFG_SnchezChamocho,ManuelJoaquin.pdf
- Chinchay, M. (20 de Abril de 2016). *La Republica Peru*. Obtenido de La Republica Peru: <http://larepublica.pe/imprensa/sociedad/761383-minsa-confirma-que-gripe-ah1n1-ha-cobrado-la-vida-de-17-personas-en-el-pais>
- Colprensa, E. P. (9 de JULIO de 2016). *EL PAIS.COM.CO*. Obtenido de EL PAIS.COM.CO: <http://www.elpais.com.co/elpais/colombia/noticias/virus-ah1n1-atemoriza-nuevos-colombia-tras-nuevos-casos>
- Goyes, C. E. (7 de Noviembre de 2014). *UNIANDES*. Obtenido de UNIANDES: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/2900/1/TUAMED007-2014.pdf>
- Jaen, I. C. (9 de Septiembre de 2011). *Index*. Obtenido de Index: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
- Marco Soto, Roberto Espinoza, Yovanna Seclén. (2009). *Scielo*. Obtenido de Scielo: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v70n4/a02v70n4.pdf>
- Martín, C. H. (2015). *Universidad de Valladolid*. Obtenido de Universidad de Valladolid: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/17711/1/TFG-H439.pdf>

- MSP. (Julio de 2013). Obtenido de Ministerio de Salud Pública:
http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/influenza/INSTRUCTIVO_MANEJO_INFLUENZA_ECUADOR.pdf
- MSP. (Julio de 2013). *Instructivo Manejo Influenza*. Obtenido de Instructivo Manejo Influenza:
http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/influenza/INSTRUCTIVO_MANEJO_INFLUENZA_ECUADOR.pdf
- MSP, Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública, Dirección Nacional Vigilancia Epidemiológica. (Octubre de 2016). *Boletín de Influenza, SE 50*. Obtenido de Boletín de Influenza, SE 50: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/03/BOLETIN-DE-INFLUENZA-SE-50.pdf>
- Muñoz, L. M. (8 de Febrero de 2017). EL CUIDADO RELACIONADO A LA TEORIZACION DE ENFERMERIA. UNA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO. (T. E. Barragan Silva, & M. L. Gavilanes Velasco, Entrevistadores)
- OPS. (27 de Abril de 2009). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud:
<http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Definiciones%20de%20Caso%20Influenza%20Porcina.pdf>
- Ortega, D. H. (12 de Diciembre de 2016). Influenza AH1N1. (T. E. Barragan Silva, & M. L. Gavilanes Velasco, Entrevistadores)
- Osterholm, M. T. (26 de junio de 2006). *Scielo* . Obtenido de Scielo :
<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v48n3/29742.pdf>
- Pereira, A. (28 de Mayo de 2015). *Proceso de Enfermería*. Obtenido de Proceso de Enfermería:
<http://procesoenfermeriacuidados.blogspot.com/2015/05/filosofia-de-virginia-henderson.html?view=sidebar>
- Publica, M. d. (2014). *Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica, Norma Técnica*. Quito: Primera Edición, MSP.
- Salazar, I. (4 de Octubre de 2013). *Universidad Nacional Autónoma de México*. Obtenido de Universidad Nacional Autónoma de México:
<http://www.eneo.unam.mx/publicaciones/publicacionesoct2013/Proceso%20atencion%20en%20Enfermeria.pdf>

Salud, S. d. (24 de Abril de 2009). *Instituto Nacional de Salud Publica*. Obtenido de Instituto Nacional de Salud Publica: http://www1.paho.org/arg/images/Gallery/gripe/transmision_influenza.pdf?ua=1

Secretaria de salud, OMS, OPS. (5 de Septiembre de 2009). *Scielo*. Obtenido de Scielo: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v51n5/03.pdf>

UNAM. (24 de Septiembre de 2015). *Universidad Nacional Autonoma de Mexico*. Obtenido de Universidad Nacional Autonoma de Mexico: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/virologia/influenza.html>

Vasquez, L. (Febrero de 2010). *Scielo*. Obtenido de Scielo: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/36153/1/vazquezasantoslaura.pdf>

Víctor Gutiérrez, María Orenday, Adriana A. (11 de Noviembre de 2011). *Medigraphic.org.mx*. Obtenido de Medigraphic.org.mx: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2009/imi092e.pdf>

Wikipedia. (27 de Abril de 2010). Obtenido de [https://es.wikipedia.org/wiki/Pandemia_de_gripe_A_\(H1N1\)_de_2009-2010_en_Ecuador](https://es.wikipedia.org/wiki/Pandemia_de_gripe_A_(H1N1)_de_2009-2010_en_Ecuador)

Wikipedia. (27 de Abril de 2010). *Wikipedia*. Obtenido de [https://es.wikipedia.org/wiki/Pandemia_de_gripe_A_\(H1N1\)_de_2009-2010_en_M%C3%A9xico](https://es.wikipedia.org/wiki/Pandemia_de_gripe_A_(H1N1)_de_2009-2010_en_M%C3%A9xico)

Yarisa Sigué, Juana Paneque. (2014). *Monografias*. Obtenido de Monografias: <http://www.monografias.com/trabajos104/concepcion-filosofica-virginia-henderson-basado-modelo-enfermeria-cubana/concepcion-filosofica-virginia-henderson-basado-modelo-enfermeria-cubana.shtml#ixzz4T2GMpYF1>

ANEXOS

ANEXO N° 1. MARCO LEGAL

Que; la Constitución de la República del Ecuador ordena: "Art. 32. La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas, y ambientales, y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de la salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional."

Que; Art. 361. El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.";

Que; la Ley Orgánica de Salud dispone: "Art. 4. La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias."

Que; el artículo 6 de la misma Ley Orgánica de salud establece entre las responsabilidades del Ministerio de salud Pública: ... 34. Cumplir y hacer cumplir esta ley, los reglamentos y otras disposiciones legales y técnicas relacionadas con la salud.

Que; la Ley *Ibidem* en el art. 62 dispone: "La autoridad sanitaria nacional elaborara las normas, protocolos y procedimientos que deben ser obligatoriamente cumplidos

y autorizados para la vigencia epidemiológica y el control de enfermedades transmisibles, emergentes y reemergentes de notificación obligatoria, incluyendo las de transmisión sexual”.

Que; el Art. 66 del mismo Cuerpo Legal manda: “Las personas naturales y jurídicas, nacionales y extranjeras, que se encuentran en territorio ecuatoriano deben cumplir las disposiciones reglamentarias que el gobierno dicte y las medidas que la autoridad sanitaria nacional disponga de conformidad con el reglamento Sanitario Internacional, los convenios internacionales suscritos y ratificados por el país, a fin de prevenir y evitar la propagación internacional de enfermedades transmisibles”.

Que; el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública, emitido mediante Acuerdo Ministerial No. 00001034 de 1 Noviembre de 2011, establece como Misión de la Dirección Nacional de Normalización: “Definir normas, manuales de protocolos clínicos, protocolos terapéuticos, protocolos odontológicos y guías de manejo clínico, por ciclos de vida y niveles de atención, así como de procesos de organización, gestión...”.

Que; a través del Acuerdo Ministerial No. 00442 de 6 de agosto de 2002, se aprobó y autorizó la publicación del “Manual de Normas y Procedimientos del Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica Componente Alerta Acción (SIVE-ALERTA)”, y,

Que; mediante memorando No. MSP-DNN-1216-2012-M de 22 de noviembre de 2012, la Dirección Nacional de Normatización solicita la elaboración del presente Acuerdo Ministerial.

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES LEGALES CONCEDIDAS POR LOS ARTÍCULOS 151 Y 154, NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR Y POR EL ARTÍCULO 17 DEL ESTATUTO DEL RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA.

ACUERDA:

Art. 1.- Aprobar y autorizar la publicación del documento denominado “Normas del Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica del Ecuador” (SIVE), mismo que ha sido elaborado por las Direcciones Nacionales de Vigilancia Epidemiológica y de Normatización, con la participación de profesionales especialistas en vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud Pública.

Art. 2.- Disponer de las Normas del Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica del Ecuador, (SIVE), sean aplicadas a nivel nacional, como una normativa del Ministerio de Salud Pública de carácter obligatorio para el Sistema Nacional de Salud, que sirve para identificar, notificar, investigar, analizar, confirmar y controlar oportunamente los eventos que afectan el estado de salud de las poblaciones con la finalidad de intervenir oportunamente en su control y aportar conocimientos integrales para la planificación, ejecución y evaluación de la intervenciones de salud.

Art. 3.- Publicar las “Normas del Normas del Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica del Ecuador, (SIVE) a través de la página web del Ministerio de Salud Pública.

Art. 4.- Derogar el acuerdo Ministerial No. 00442 de 6 agosto de 2002, mediante el cual se aprobó y autorizó la publicación del “Manual y Procedimientos del Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica Componente Alerta Acción (SIVE-ALERTA).

(Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiologica, Norma Tecnica, 2014)

ANEXO N° 2. CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE LOS PACIENTES CON INFLUENZA AH1N1

CARACTERIZACIÓN		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sexo	Masculino	5	31%
	Femenino	11	69%
Estado civil	Solteros	9	56%
	Casados	5	31%
	Viudos	2	13%
	Unión libre	0	0%
Edad	< 10 años	3	19%
	10-20 años	2	13%
	21-40 años	7	44%
	41-60 años	0	0%
	>60 años	4	25%
Ocupación	Personal de salud	1	6%
	Ganadero	1	6%
	Servidor público	2	13%
	Otros	12	75%
Etnia	Mestizo	12	75%
	Indígena	4	25%
	Afroecuatoriano	0	0%
	Blanco	0	0%
	Otro	0	0%
Comorbilidad	Diabetes	0	0%
	HTA	2	13%
	Inmunosupresión	1	6%
	Asma	0	0%
	Insuficiencia renal crónica	0	0%
	Otros	2	13%
	Ninguna	11	69%
Factores de riesgo	Embarazo	0	0%
	> de 65 años	3	19%
	< de 5 años	3	19%
	Trabajo con aves y cerdos	1	6%
	Personal de salud	1	6%
	Ninguno	8	50%

Automedicación	AINES	3	19%
	Antibióticos	0	0%
	Antivirales	0	0%
	Analgésicos	0	0%
	Otros	0	0%
	Ninguna	13	81%
Antecedentes	Vacunación	1	6%
	Viaje	1	6%
Clínica	Fiebre > 38°C	16	100%
	Tos	15	94%
	Dificultad respiratoria	16	100%
	Odinofagia	4	25%
	Mialgias	12	75%
	Artralgias	11	69%
	Cefalea	12	75%
	Rinorrea	4	25%
Tratamiento antiviral	Oseltamivir	16	100%
	Otro	0	0%
Tipo de muestra	Hisopado nasofaríngeo.	16	100%
	Muestra de tejido (tráquea y pulmón), en pacientes fallecidos	0	0%
Diagnóstico	Influenza AH1N1	4	25%
	Virus Sincitial Respiratorio	2	13%
	Otros virus respiratorios	10	62%
Transferencia a tercer nivel	MSP	1	6%
	IESS	1	6%
	ISFA	0	0%
	ISPOL	0	0%
	NINGUNO	14	88%
Situación actual	Vivo	14	88%
	Fallecido	2	12%

ANEXO N° 4. RECURSOS Y PRESUPUESTO

- **RECURSOS HUMANOS**

- Director del proyecto de titulación: Dr. Guillermo Lombeyda
- Lcda. Maura Muñoz
- Dr. Héctor Ortega
- Líderes de los servicios del HANM
- Coordinadora del departamento de enfermería: Lcda. Jenny Nuñez
- Autoras proyecto de titulación: Tania Barragán y Miller Gavilanes

- **RECURSOS INSTITUCIONALES**

Hospital Alfredo Noboa Montenegro

- **RECURSOS TECNOLÓGICOS**

- Laptop
- Pendrive
- Infocus
- Celular
- Calculadora

- **RECURSOS MATERIALES**

- Impresiones
- Anillados
- Carpetas
- Cd
- Coffee break
- Transporte

DETALLE GENERAL DEL PRESUPUESTO

RECURSOS Y MATERIALES	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Impresiones de oficios, para la denuncia del tema del proyecto de titulación.	6	\$ 0.10	\$ 0.60
Impresiones de borradores del proyecto de titulación.	3	\$ 15.00	\$ 45.00
Impresiones del proyecto de titulación para la defensa.	3	\$ 15.00	\$ 45.00
Anillados del proyecto de titulación.	6	\$ 2.00	\$ 12.00
Impresiones de la Guía de Valoración en la Influenza AH1N1 propuesta en el proyecto de titulación.	15	\$ 0.35	\$ 5.25
Impresiones de invitaciones para la socialización de la Guía de Valoración en la Influenza AH1N1.	7	\$ 0.25	\$ 1.75
Cofee break proporcionado en la capacitación de la Guía de Valoración en la Influenza AH1N al personal del HANM	15	\$ 6.70	\$ 100.5
Impresiones de la Guía de observación aplicada a las 16 historias clínicas.	96	\$ 0.05	\$ 4.80
Carpetas	3	\$ 0.50	\$ 1.50
Papel hilo para invitaciones	7	\$ 0.20	\$ 1.40
Sobres	13	\$ 0.20	\$ 1.60
Transporte	100	\$ 0.25	\$ 25.00
Grabación y estampado de CD para proyecto.	2	2	\$ 4.00
TOTAL			\$ 243.6

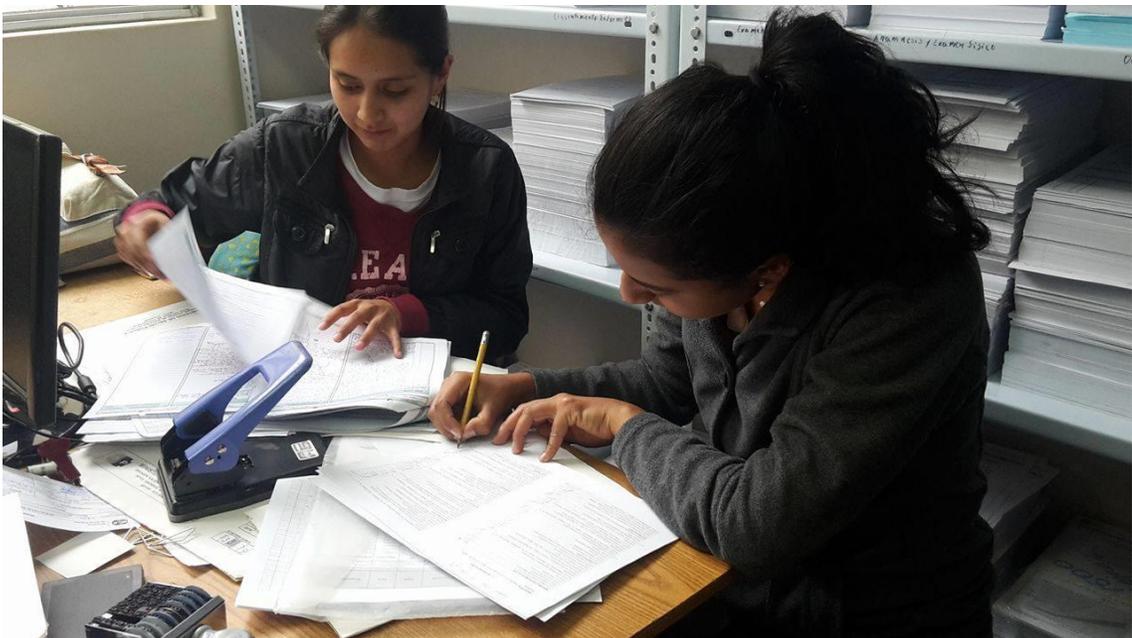
ANEXO N° 5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

ACTIVIDADES	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	RESPONSABLES
Búsqueda del tema de investigación.	X							Barragán Silva Tania Gavilanes Velasco Miller
Desarrollo y planteamiento del tema.	X							Barragán Silva Tania Gavilanes Velasco Miller
Presentación del tema a consejo universitario.	X							Barragán Silva Tania Gavilanes Velasco Miller
Designación del tutor encargado para la realización del proyecto.	X							Consejo Universitario
Primer encuentro: Desarrollo de la primera parte del proyecto que consta: Tema, objetivos, justificación, problema, variables, Y operacionalización de variables.		X						Barragán Silva Tania Gavilanes Velasco Miller Dr. Guillermo Lombeyda
Segundo encuentro: segunda parte del proyecto Marco teórico y diseño metodológico.			X					Barragán Silva Tania Gavilanes Velasco Miller Dr. Guillermo Lombeyda

Tercer encuentro: aplicación de guía de observación como instrumento utilizado en el proyecto de investigación.			X	X				Barragán Silva Tania Gavilanes Velasco Miller
Cuarto encuentro: Tabulación y análisis de la información.				X	X			Barragán Silva Tania Gavilanes Velasco Miller Dr. Guillermo Lombeyda
Quinto encuentro: socialización de la guía de valoración la a pacientes con Influenza AH1N1 según el modelo de Virginia Henderson, respondiendo a los objetivos planteados, resultados del proyecto.					X			Barragán Silva Tania Gavilanes Velasco Miller Dr. Guillermo Lombeyda
Sexto encuentro: revisión general del proyecto, conclusiones, recomendaciones, y resultados.					X			Barragán Silva Tania Gavilanes Velasco Miller Dr. Guillermo Lombeyda
Presentación del primero borrador.					X			Barragán Silva Tania Gavilanes Velasco Miller
Designación de pares académicos y presentación de borradores.						X		Consejo Universitario.
Defensa del trabajo de Investigación.							X	Barragán Tania Gavilanes Miller

ANEXO N° 6. FOTOS

Aplicando la guía de observación a historias clínicas en el departamento de estadística del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.



Socializando la guía de valoración al Coordinador de docencia, licenciada coordinadora de enfermería y líderes de enfermería de cada uno de los servicios del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.



Explicando cada parámetro descrito en la guía de valoración según el modelo de Virginia Henderson.



Finalizando la socialización de la guía.



PARTICIPANDO EN EL I SEMINARIO NACIONAL ESTUDIANTIL DE INVESTIGACIÓN FORMATIVA EN EL CUIDADO ENFERMERO



PRESENTANDO NUESTRO PROYECTO DE TITULACION A LOS ASISTENTES AL I SEMINARIO DE INVESTIGACION ESTUDIANTIL



ANEXO 7. FIRMAS DE LOS ASISTENTES A LA SOCIALIZACION

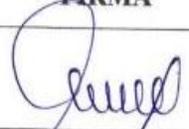
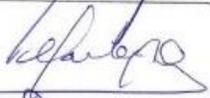
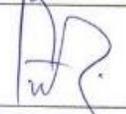
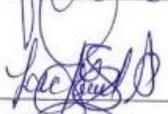
LISTADO DE ASISTENTES

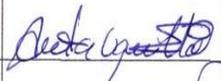
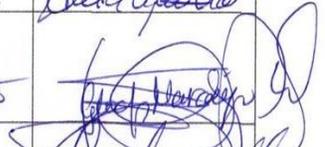
Tema: Guía de valoración en pacientes con Influenza AH1N1, según el Modelo de Virginia Henderson.

Lugar: Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

Responsables: Miller Gavilanes – Tania Barragán.

Fecha: 13/01/2017

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	FUNCIÓN	CEDULA	FIRMA
	lic. Jenny Méndez	Coord. de Enf.	0201693044	
	Germán Lombayda Dávila	Epidemiólogo	1702781667	
	Marcos Núñez	Enfermera	0200822161	
	Silvia Andrade Sánchez	Enfermera	1001189388	
	Paquita Procel Salazar.	Enfermera	1709246944	
	Martha Cecilia Chávez C	Enfermera	0201214125	

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	FUNCIÓN	CEDULA	FIRMA
	Flor Amada Pinos Garcia	Enfermera lider	0200875904	
	Esthela Tacco.V	Enfermera lider	0200896728	
	Anita Uquillas	Enfermera lider	0201736337	
	Gladys Narceyo	Enfermera lider	0200896785	
	Vilma Villoria's	Enf. Poles	0906181243	

ANEXO N° 8. MODELO DE GUIA DE OBSERVACION

OBJETIVO: Caracterizar a los pacientes sospechosos y confirmados de Influenza AH1N1 del Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el periodo marzo-julio 2016.

DEMOGRAFIA		SI	NO
Sexo	Hombre		
	Mujer		
Estado Civil	Soltero		
	Casado		
	Divorciado		
	Viudo		
	Unión libre		
Edad	< 10 años		
	10-20 años		
	21-40 años		
	41-60 años		
	>60 años		
Ocupación	Personal de salud		
	Ganadero		
	Servidor público		
	Otros		
Etnia	Mestizo		
	Indígena		
	Afroecuatoriano		
	Blanco		
	Otro		
ANTECEDENTES			
Comorbilidad	Diabetes		
	HTA		

	Inmunosupresión		
	Asma		
	Insuficiencia renal crónica		
	Otros		
	Ninguna		
Factores de riesgo	Embarazo		
	> de 65 años		
	< de 5 años		
	Trabajo con aves y cerdos		
	Personal de salud		
	Ninguno		
Automedicación	AINES		
	Antibióticos		
	Antivirales		
	Analgésicos		
	Otros		
	Ninguna		
Vacunación			
Viaje			
CLINICA			
Fiebre > 38°C			
Tos			
Dificultad respiratoria			
Odinofagia			
Mialgias			
Artralgias			
Cefalea			
Rinorrea			
TRATAMIENTO ANTIVIRAL			

Oseltamivir		
Otro		
TIPO DE MUESTRA		
Hisopado nasofaríngeo.		
Muestra de tejido (tráquea y pulmón), en pacientes fallecidos		
DIAGNÓSTICO		
Influenza AH1N1		
Virus Sincitial Respiratorio		
Otros virus respiratorios		
TRANSFERENCIA A TERCER NIVEL		
MSP		
IESS		
ISSFA		
ISSPOL		
SITUACION ACTUAL		
Vivo		
Fallecido		

Elaborado por: Barragán Tania y Gavilanes Miller

Otros

- Corresponde a otras comorbilidades que no están expresadas en la guía de observación; es decir no pertenecen a diabetes, hipertensión arterial, inmunosupresión, asma enfermedades cardíacas e insuficiencia renal crónica.
- Pertenece a otras etnias que no se encuentra detalladas en la presente guía de observación; es decir no pertenecen a la etnia mestiza, indígena, afroecuatoriano y blanco.
- Corresponde a otras ocupaciones que no están expresadas en la guía de observación; es decir no son, personal de salud, ganadero y servidor público.
- Se refiere a otros medicamentos que no son, AINES (antinflamatorios no esteroides), antibióticos, antivirales, analgésicos descritos en la presente guía.

GUIA DE OBSERVACION

OBJETIVO: Valorar el cuidado de enfermería, según el modelo de Virginia Henderson en los paciente sospechoso y confirmados de influenza AH1N1 del Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el periodo marzo-julio 2016.

RESPIRACIÓN/CIRCULACIÓN	SI	NO
Tomó signos vitales (FR, FC, TA, T°)		
Valoró signos de dificultad respiratoria		
Valoró ruidos respiratorios		
Valoró secreción de vía aérea.		
Valoró dolor torácico		
Valoró tos		
Realizó diagnósticos de enfermería basado en los problemas identificados en la valoración.		
Planificó las intervenciones a realizar en base a los diagnósticos enfermería.		
Coloco en posición semifowler.		
Administró oxígeno, por sistema de alto o bajo flujo, según requerimiento.		
Calculó y registra FiO2 y PaFi		
Administró medicamentos prescritos.		
Aplicó cuidados en la intubación y ventilación mecánica.		
Evaluó la respuesta terapéutica en base al cuidado de enfermería.		
ALIMENTACIÓN		
Valoró tipo de alimentación.		
Valoró anorexia.		
Valoró dificultad para alimentarse.		
Controló glicemia		
Realizó diagnósticos de enfermería basado en los problemas identificados en la valoración.		

Planificó las intervenciones a realizar en base a los diagnósticos enfermería.		
Solicitó dieta prescrita e incentivar la importancia de la ingesta diaria.		
Aplicó cuidados de sonda naso – orogástrica.		
Preparó y proporcionó alimentación enteral, según indicación médica (frecuencia, cantidad).		
Administró líquidos y electrolitos parenterales prescritos.		
Tomó medidas antropométricas (peso, talla).		
Calculó IMC.		
Evaluó la respuesta terapéutica en base al cuidado de enfermería.		
ELIMINACIÓN		
Valoró la presencia y características del vómito y residuo gástrico.		
Valoró características del abdomen y ruidos hidroaéreos.		
Valoró características y alteraciones de la eliminación fecal y urinaria.		
Valoró medios invasivos utilizados para la eliminación.		
Realizó diagnósticos de enfermería basado en los problemas identificados en la valoración.		
Planificó las intervenciones a realizar en base a los diagnósticos enfermería.		
Brindó cuidados de sonda vesical.		
Administró líquidos y electrolitos prescritos.		
Administró medicamentos prescritos (laxantes, antieméticos, diuréticos,).		
Realizó control de ingesta y excreta.		
Evaluó la respuesta terapéutica en base al cuidado de enfermería.		
MOVILIZACIÓN		
Realizó diagnósticos de enfermería basado en los problemas identificados en la valoración.		

Planificó las intervenciones a realizar en base a los diagnósticos enfermería.		
Brindo seguridad al paciente al momento del traslado de la cama a la camilla o silla de ruedas.		
Ayudó a mantener una posición adecuada.		
Aplicó protocolo de prevención de caídas (escala Downton).		
Evaluó la respuesta terapéutica en base al cuidado de enfermería.		
REPOSO/SUEÑO		
Valoró el estado de conciencia		
Valoró fatiga		
Valoró dolor		
Valoró alteraciones del sueño.		
Realizó diagnósticos de enfermería basado en los problemas identificados en la valoración.		
Planificó las intervenciones a realizar en base a los diagnósticos enfermería.		
Comprobó el esquema de sueño del paciente.		
Proporciono un ambiente tranquilo para el reposo y sueño		
Administró medicamentos prescritos (analgésicos).		
Evaluó la respuesta terapéutica en base al cuidado de enfermería.		
TERMORREGULACIÓN		
Valoró la temperatura		
Valoró color de piel		
Valoró escalofrío		
Valoró temperatura al tacto.		
Realizó diagnósticos de enfermería basado en los problemas identificados en la valoración.		
Planificó las intervenciones a realizar en base a los diagnósticos enfermería.		
Controló y registro de curva térmica.		

Aplicó medios físicos.		
Adecuó el entorno, según necesidades del paciente (ventilación de la habitación, ropa ligera).		
Administró medicación según prescripción médica.		
Evaluó la respuesta terapéutica en base al cuidado de enfermería.		
SEGURIDAD		
Valoró tipo de aislamiento		
Valoró alergias conocidas		
Indagó la colaboración en el tratamiento		
Indagó sobre vacunación contra influenza		
Valoró peligros ambientales		
Valoró el riesgo de aspiración		
Valoró el riesgo de contagio a otras personas		
Realizó diagnósticos de enfermería basado en los problemas identificados en la valoración.		
Planificó las intervenciones a realizar en base a los diagnósticos enfermería.		
Aplicó protocolo de prevención de caídas (Escala Downton)		
Educo al usuario y familia sobre medidas preventivas y mecanismos de transmisión del virus de la influenza AH1N1.		
Educo al usuario y familia sobre la importancia del aislamiento.		
Contribuyó a mantener al paciente aislado.		
Educo al usuario y familia sobre la forma correcta de toser y estornudar.		
Aplicó protocolo de higiene de manos (personal, familiares y usuario).		
Educo al usuario y familia sobre la importancia de utilizar prendas de protección personal.		
Educo al usuario y familia sobre la importancia de cumplir el régimen terapéutico.		

Administró medicamentos prescritos (antiviral, antibióticos, antieméticos).		
Colocó en posición semifowler.		
Aplicó protocolo manejo de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria, (cuidados de vía periférica, centra, catéter vesical y ventilación mecánica).		
Evaluó la respuesta terapéutica en base al cuidado de enfermería		
COMUNICACIÓN		
Valoró estado de ánimo		
Valoró la necesidad de comunicarse		
Valoró limitaciones para comunicarse		
Realizó diagnósticos de enfermería basado en los problemas identificados en la valoración.		
Planificó las intervenciones a realizar en base a los diagnósticos enfermería.		
Contribuyó a la comunicación con familiares.		
Estableció líneas de comunicación paciente-enfermera.		
Brindó apoyo psicológico.		
Estableció vínculo médico-paciente.		
Promovió la expresión de inquietudes, emociones, necesidades y opiniones.		
Utilizó un lenguaje según el nivel de educación del paciente.		
Evaluó la respuesta terapéutica en base al cuidado de enfermería		

Elaborado por: Barragán Tania y Gavilanes Miller