



**GOBIERNO
FEDERAL**

SALUD

CPE

Comisión Permanente
de Enfermería

Plan de Cuidados de Enfermería

13

INFLUENZA H1 N1

SICALIDAD



Vivir Mejor



Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección General Adjunta de Calidad
Dirección de Enfermería
Comisión Permanente de Enfermería

INDICE

Patrón respiratorio Ineficaz	164
Limpieza ineficaz de las vías aéreas	166
Deterioro del intercambio de gases	170
Perfusión tisular infectiva cardiopulmonar	172
Protección inefectiva o ineficaz	175
Hipertermia	177
Ansiedad	179
Afrontamiento ineficaz de la comunidad	181
Referencias bibliográficas y electrónicas	183
Participantes	184



Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección General Adjunta de Calidad
Dirección de Enfermería
Comisión Permanente de Enfermería

INFLUENZA H1 N1

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

Nombre: virus de la influenza

Tipo: tipo A, tipo B o tipo C

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

Desde el punto de vista de la salud pública, el de mayor importancia es el virus de la influenza tipo A, que tiene la capacidad de infectar a humanos. El cuadro actual está relacionado a un nuevo virus identificado como influenza A, (H1N1)¹

¹ Boletín: Acciones para contener la transmisión de influenza A (H1N1) en el país. 30 de abril 2009. Secretaria de Salud. (consultada el 7 de marzo de 2011)



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: INFLUENZA H1 N1

Dominio: 4 actividad / reposo

Clase: 4 respuestas cardiovasculares.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Etiqueta (problema) (P)

Patrón respiratorio ineficaz

Factores relacionados (causas) (E)

Síndrome de Hipoventilación.

Características definitorias (signos y síntomas)

Alteraciones en la profundidad respiratoria, disnea, disminución de la presión espiratoria e inspiratoria, disminución de la capacidad vital, taquicardia, fase espiratoria prolongada, uso de los músculos accesorios para respirara, taquipnea, ortópnea, etc.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Estado respiratorio: Ventilación,	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia respiratoria - Ritmo respiratorio - Facilidad de la inspiración - Expansión torácica simétrica. - Volumen corriente - Capacidad vital - Hallazgos en las radiografías de tórax. - Equilibrio entre ventilación y perfusión. 	1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido. 5.No comprometido	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado. El objeto de las intervenciones es <u>mantener</u> la puntuación e idealmente <u>aumentarla</u> . <u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u>

INTERVENCIONES (NIC): VENTILACIÓN MECÁNICA

ACTIVIDADES

- Observar si hay insuficiencia respiratoria inminente.
- Consultar con el equipo interprofesional para la selección del modo de ventilación.
- Iniciar la preparación y aplicación del respirador.
- Explicar al paciente y la familia las razones de las sensaciones esperadas asociadas al uso de respiradores mecánicos.
- Comprobar de forma rutinaria los ajustes del ventilador y cambiar los circuitos cada 24 horas.
- Observar si se produce descenso del volumen espirado y un aumento de la presión inspiratoria.
- Asegurarse de que las alarmas del ventilador estén activadas.
- Asegurarse agentes paralizantes musculares, sedantes, analgésicos y narcóticos prescritos
- Comprobar regularmente todas las conexiones del ventilador.
- Verificar el agua condensada de las trampas si procede.
- Monitorizar las lecturas de presión del ventilador y los sonidos respiratorios.
- Observar si se producen efectos adversos de la ventilación mecánica: Infección, barotrauma y disminución del gasto cardíaco.
- Colocar al paciente de forma que facilite la concordancia ventilación- perfusión si procede
- Coordinarse con el médico en el uso de PEEP para minimizar la hipo - ventilación alveolar.
- Monitorizar los efectos de los cambios del ventilador en oxigenación: (niveles de gases en sangre arterial)
- Realizar el cuidado bucal de forma rutinaria.

INTERVENCIONES (NIC): MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES

ACTIVIDADES

- Monitorizar periódicamente presión sanguínea, pulso temperatura, y estado respiratorio.
- Controlar periódicamente la frecuencia y el ritmo respiratorio (profundidad y simetría).
- Monitorizar periódicamente los sonidos pulmonares.
- Verificar periódicamente la pulsioximetría.
- Observar la presencia de cianosis central o periférica.
- Identificar las posibles causas de los cambios en los signos vitales.
- Coordinarse con área médica para atender los cambios en alguno de los signos vitales.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: INFLUENZA H1 N1

Dominio: 11 seguridad

Clase: 2 lesión física

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
(NANDA)**

Etiqueta (problema) (P)

Limpieza ineficaz de las vías aéreas

Factores relacionados (causas) (E)

Retención de secreciones bronquiales, exudado alveolar, mucosidad excesiva, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, proceso infeccioso.

Características definitorias (signos y síntomas)

Sonidos respiratorios adventicios, ausencia de tos o tos inefectiva, cianosis, agitación, ortópnea, cambios en el ritmo y frecuencia respiratoria, estertores, etc.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias	<ul style="list-style-type: none"> – Facilidad respiratoria – Frecuencia respiratoria. – Ritmo respiratorio. – Movilización del esputo hacia afuera de las vías respiratorias. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido. 5.No comprometido 	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p>
Signos vitales.	<ul style="list-style-type: none"> – Frecuencia del pulso apical y radial. – Frecuencia respiratoria – Temperatura corporal. – Presión arteria 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desviación grave del rango normal. 2. Desviación sustancial del rango normal. 3. Desviación moderada del rango normal. 4. Desviación leve del rango normal. 5. Sin desviación del rango normal. 	<p>El objeto de las intervenciones es <u>mantener</u> la puntuación e idealmente <u>aumentarla</u>.</p> <p><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></p>

INTERVENCIONES (NIC): FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

ACTIVIDADES

- Verificar si existen o no contraindicaciones para la fisioterapia respiratoria.
- Auscultar campos pulmonares bilaterales.
- Determinar los segmentos pulmonares que necesitan ser drenados.
- Practicar percusión con drenaje postural juntando las manos y golpeando la pared torácica en rápida sucesión para producir una serie de sonidos huecos.
- Practicar vibración torácica junto con el drenaje postural.
- Utilizar nebulizador de acuerdo con prescripción médica.
- Observar y registrar la cantidad y características del esputo.
- Monitorizar la saturación de oxígeno, ritmo y frecuencia respiratoria.
- Administrar bronco dilatadores o agentes mucolíticos de acuerdo a prescripción médica.
- Controlar y registrar la cantidad y tipo de expectoración de esputo.
- Estimular la tos durante y después del drenaje postural.
- Tratar al paciente con un enfoque de sereno que dé seguridad.
- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar.

INTERVENCIONES (NIC): ASPIRACIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS

ACTIVIDADES

- Disponer de las precauciones universales: guantes, gafas, cubre bocas, bata si fuera necesario.
- Colocar al paciente en posición semi fowler.
- Informar al paciente sobre el procedimiento y la necesidad de aspirar.
- Facilitar las pruebas diagnósticas, según sea posible.
- Enseñar al paciente a respirar lenta y profundamente durante la aspiración.
- Basar la duración de cada momento de aspiración en base a la respuesta y tolerancia del paciente.
- Mantener monitorizados los signos vitales.

Para paciente intubado:

- Determinar las necesidades de la aspiración oral y /o traqueal
- Auscultar los ruidos respiratorios antes y después de la aspiración
- Informar al paciente y familia sobre el procedimiento de aspiración.
- Proporcionar sedación si fuera necesario.
- Disponer precauciones estándar : equipo de protección
- Hiperoxigenar con oxígeno al 100% mediante la utilización del ventilador.
- Utilizar equipo desechable para cada procedimiento de aspiración traqueal
- Seleccionar un catéter de aspiración que sea la mitad del diámetro interior del tubo endotraqueal, tubo de traqueostomía o vía aérea del paciente.
- Dejar al paciente conectado al ventilador durante la aspiración, si se utiliza un sistema de aspiración traqueal cerrado.
- Disponer la mínima cantidad de aspiración de pared necesaria para extraer las secreciones (80-100mmHg para los adultos)
- Observar el estado de oxígeno del paciente (niveles de SaO₂ y SvO₂) y estado hemodinámico (nivel de PAM y ritmo cardiaco) inmediatamente antes, durante y después de la succión.
- Basar la duración de cada fase de aspiración traqueal en la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta del paciente a la aspiración, aspirar la orofaringe después de la aspiración traqueal,
- Detener la succión traqueal y suministrar oxígeno suplementario si el paciente presenta bradicardia, un aumento de ectopia ventricular y/o desaturación.
- Anotar el tipo y cantidad de las secreciones.

INTERVENCIONES (NIC): OXIGENOTERAPIA

ACTIVIDADES

- Eliminar las secreciones traqueales, orales y nasales
- Mantener las vías aéreas permeables.
- Administrar oxígeno suplementario según necesidades con algún dispositivo como mascarilla, verificando que se administre la concentración correcta.
- Explicarle al paciente la importancia de dejar el dispositivo de aporte de oxígeno encendido.
- Monitorizar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría arterial)
- Observar si hay signos de hipoventilación, de toxicidad por el oxígeno y/o atelectasia por absorción.
- Eliminar secreciones bucales, nasales y traqueales.
- Monitorizar la presencia de otros signos que puedan agravar la condición de salud del paciente.
- Disponer de equipo necesario para atender alguna emergencia (intubación, para cardiorespiratorio, u otros.)

INTERVENCIONES (NIC): CONTROL DE INFECCIONES

ACTIVIDADES

- Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes.
- Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo institucional.
- Mantener técnicas de aislamiento si procede.
- Limitar el número de las visitas si procede.
- Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado.
- Recomendar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente.
- Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos.
- Lavarse las manos antes y después de cada actividad.
- Poner en práctica las precauciones estándar, como: uso guantes estériles, cubre bocas, gafas, bata, etc.
- Utilizar equipo de protección durante la manipulación de material infeccioso.
- Mantener un ambiente aséptico y óptimo durante la inserción de líneas centrales.
- Mantener un sistema cerrado mientras se realiza la monitorización hemodinámica invasiva.
- Cambiar los sitios de línea I.V. periférica y de línea central de acuerdo a las recomendaciones de la normatividad interna institucional.
- Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas.
- Administrar terapia de antibióticos, por prescripción médica..
- Monitorizar las respuestas humanas del paciente.

INTERVENCIONES (NIC): CAMBIO DE POSICIÓN

ACTIVIDADES

- Colocar sobre un colchón / terapéuticos adecuados
- Proporcionar un colchón firme.
- Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición
- Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.
- Pre medicar al paciente antes de cambiarlo de posición, por prescripción médica.
- Colocar en la posición terapéutica especificada.
- Colocar en posición para el alivio de la disnea (posición semi-fowler)
- Colocar una posición que facilite la ventilación- perfusión.
- Proporcionar un apoyo adecuado para el cuello.
- Colocar una posición que favorezca el drenaje urinario.
- Desarrollar un protocolo para el cambio de posición.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: INFLUENZA H1 N1

Dominio: 3 eliminación e intercambio

Clase: 4 función respiratoria

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Etiqueta (problema) (P)

Deterioro del intercambio de gases

Factores relacionados (causas) (E)

Cambios de la membrana alveolo-capilar, desequilibrio ventilación-perfusión

Características definitorias (signos y síntomas)

Respiración anormal en la profundidad, frecuencia y ritmo, color anormal de la piel como palidez o cianosis, diaforesis, disminución del dióxido de carbono, disnea, hipercapnia, hipoxemia, hipoxia, irritabilidad, aleteo nasal, agitación, somnolencia, hipotermia, taquicardia, trastornos visuales, criterios de lesiones pulmonares: a) infiltrados pulmonares en más de dos cuadrantes, b) índice de Kirby (PaO2/FIO2 < de 250 o hipoxemia refractaria) y c) distensibilidad pulmonar disminuida).

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Estado respiratorio: Intercambio gaseoso.	<ul style="list-style-type: none"> - Estado mental - Facilidad de la respiración. - PaO₂ - PaCO₂ - pH arterial - Saturación de oxígeno - Volumen corriente CO₂ - Hallazgos en la radiografía de tórax - Equilibrio entre ventilación y perfusión - Disnea en reposo - Inquietud - Cianosis 	<p>1 Gravemente comprometido</p> <p>2 Sustancialmente comprometido</p> <p>3 Moderadamente comprometido</p> <p>4 Levemente Comprometido.</p> <p>5 No comprometido</p>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <u>mantener</u> la puntuación e idealmente <u>aumentarla</u>.</p> <p><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></p>

INTERVENCIONES (NIC): MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA

ACTIVIDADES

- Vigilar frecuencia ritmo, profundidad y esfuerzo de la respiración.
- Observar si hay fatiga muscular diafragmática.
- Observar si aumenta la tranquilidad, ansiedad o fatiga de aire.
- Observar si hay disnea o secos que la mejoren o empeoren.
- Monitorizar la cantidad y características de secreciones respiratorias.
- Monitorizar el movimiento torácico, mirando la simetría, la utilización de los músculos accesorios, retracciones de músculos intercostales y supra claviculares.
- Valorar los sonidos respiratorios, registrar las áreas de disminución, ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios o crepitantes.
- Realizar el seguimiento de los informes radiológicos.
- Interpretar y anotar los cambios de los valores de gases en sangre arterial.
- Comprobar la capacidad del paciente para toser eficazmente.
- Observar si se produce ronquera o cambios de voz.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: INFLUENZA H1 N1

Dominio: 4 actividad / reposo

Clase: 4 respuesta cardiovascular / pulmonar

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Etiqueta (problema) (P)

Perfusión tisular infectiva cardiopulmonar

Factores relacionados (causas) (E)

Problemas de intercambio gaseoso, hipoventilación, desequilibrio ventilación perfusión.

Características definitorias (signos y síntomas)

Gasometría arterial anormal, alteraciones de la frecuencia respiratoria por debajo de los parámetros, disnea, aleteo nasal, hipoxia, llenado capilar superior a 3 segundos, retracción xifoidea, etc.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Perfusión tisular pulmonar y cardiaca	<ul style="list-style-type: none"> - Facilidad de la respiración. - Función y frecuencia respiratoria. - Ritmo y frecuencia cardiaca apical. - Equilibrio entre ventilación y perfusión. - Presión arterial pulmonar. - Presión sanguínea sistólica y diastólica. - pH arterial. - Saturación de oxígeno. - Gammagrafía de perfusión ventilación - Presión arterial pulmonar. - Determinación de gases sanguíneos en sangre arterial. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente Comprometido. 5. No comprometido 	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <u>mantener</u> la puntuación e idealmente <u>aumentarla</u>.</p> <p><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></p>

INTERVENCIONES (NIC): MONITORIZACIÓN ACIDO BASE.

ACTIVIDADES

- Tomar muestras de gases en sangre arterial (ABG), asegurando una circulación adecuada en la extremidad antes y después de la extracción de sangre, colocando los ABG en hielo si fuera necesario y enviar al laboratorio.
- Monitorizar la temperatura del paciente y el porcentaje de oxígeno administrado en el momento de la extracción de la ABG.
- Valorar si el nivel del PH se encuentra en la parte alcalina o acida del mediador (7.4 normal) y si hay la presencia de alcalosis metabólica.
- Valorar los niveles de: PaCo₂, SaO₂, Hg b, Co₂, que sean las adecuadas.
- Sedar al paciente para reducir la hiperventilación, por prescripción médica.
- Administrar fármacos para el dolor o algún otro por prescripción médica.
- Mantener acceso I.V. permeable y vías aéreas despejadas.
- los factores determinantes de aporte de oxígeno tisular (niveles de PaO₂, SaO₂, Hb y gasto cardiaco).
- Monitorizar el estado neurológico.
- Valorar la presencia de causas posibles de déficit de ácido carbónico e hiperventilación asociada: como dolor, lesiones del SNC, fiebre, etc.

INTERVENCIONES (NIC): MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA INVASIVA

ACTIVIDADES

- Colaborar en la inserción y extracción de las líneas hemodinámicas invasivas y calibrar el equipo cada cuatro o doce de acuerdo a las necesidades.
- Monitorizar las formas de las ondas hemodinámicas para ver si hay cambios en la función pulmonar.
- Comparar los parámetros hemodinámicos con otros signos y síntomas clínicos.
- Monitorizar el gasto cardiaco y si presenta disnea, fatiga y taquipnea.
- Administrar líquidos y expansores de volumen y agentes farmacológicos así como para mantener parámetros hemodinámicos dentro del rango normal.
- Controlar el trabajo respiratorio [ritmo cardiaco y respiratorio, uso de músculos accesorios y diaforesis].
- Controlar ingresos y egresos.
- Vigilar presencia de hiperventilación que originen alcalosis respiratoria (arritmias cardiacas, disminución del gasto cardiaco).
- Monitorizar la presencia de edema periférico, distensión de la vena yugular.
- Observar la eliminación intestinal y/o cantidad de diuresis del paciente.
- Medición de presión venosa central.
- Monitorizar datos de insuficiencia renal: (Creatinina sérica, examen de orina, uresis horaria de 1 a 5 ml/kg/hora) de insuficiencia hepática: (Pruebas de función hepática), de insuficiencia respiratoria: (pH sanguíneo mayor de 7.2, índice de Kirby; PaO₂, PaCO₂) y de rabdomiolisis: (Deshidrogenasa láctica creatinfosfoquinasa, aldolasa).

INTERVENCIONES (NIC): MANEJO DE LÍQUIDOS /ELECTROLITOS

ACTIVIDADES

- Monitorizar si los niveles de de líquidos o electrolitos en suero.
- Irrigar la sonda nasogástrica con solución salina normal.
- Monitorizar los valores de laboratorio relevantes para el equilibrio de líquidos: (BUN albumina, proteínas totales, osmolaridad del suero y gravedad específica de la orina).
- Vigilar los resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos.
- Monitorizar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescrita.
- Observar la presencia de manifestaciones de desequilibrio de líquidos.

INTERVENCIONES (NIC): VIGILANCIA

ACTIVIDADES

- Monitorizar la circulación periférica (Comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de las extremidades).
- Cuidar la higiene y comodidad del paciente.
- Vigilar el patrón de eliminación intestinal y vesical.
- Controlar el estado nutricional.
- Monitorizar las condiciones y los riesgos de deterioro de la piel y de caídas con escalas acordes a normatividad institucional.
- Control de las visitas.
- Monitorizar el estado emocional del paciente y familia.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: INFLUENZA H1 N1

Dominio: 11 seguridad / protección

Clase: 2 lesión física

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Etiqueta (problema) (P)

Protección inefectiva o ineficaz

Factores relacionados (causas) (E)

Trastornos inmunitarios, nutrición inadecuada, perfiles hematológicos anormales, efecto secundario de farmacoterapia (antineoplásicos, corticoesteroides, terapia inmunitaria, anticoagulantes, trombolíticos), estancias prolongadas de hospitalización.

Características definitorias (signos y síntomas)

Escalofríos, tos, deficiencia inmunitaria, disnea, fatiga, respuestas desadaptadas al estrés, agitación, debilidad, sudoración, alteración neurosensorial.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Estado inmune 0702	<ul style="list-style-type: none"> - Infecciones recurrentes - Fatiga crónica 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grave 2. Sustancia 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno 	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <u>mantener</u> la puntuación e idealmente <u>aumentarla</u>.</p> <p><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></p>
Severidad de los síntomas.	<ul style="list-style-type: none"> - Intensidad, frecuencia y persistencia del síntoma. 		
Severidad de la infección.	<ul style="list-style-type: none"> - Espudo purulento - Inestabilidad de la temperatura. - Malestar general. 		

INTERVENCIONES (NIC): PROTECCIÓN CONTRA INFECCIONES

ACTIVIDADES

- Limitar el número de visitas.
- Mantener y enseñar las normas de asepsia para el paciente de riesgo.
- Realizar técnicas de aislamiento.
- Tomar muestras para cultivo.
- Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad/malestar.
- Orientar al paciente y familia a cerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informar de ellos en caso de que algún otro miembro de la familia lo presentará.
- Informar de la sospecha de infecciones al personal de control de vigilancia epidemiológica.
- Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones e implementar medidas.

INTERVENCIONES (NIC): AISLAMIENTO

ACTIVIDADES

- Identificar las conductas que necesitan intervención para el paciente y seres queridos y explicar el procedimiento propósito y periodo de la intervención en términos comprensibles.
- Hacer saber periódicamente nuestra presencia al paciente
- Vigilar la temperatura, limpieza y seguridad de la zona de aislamiento.
- Evaluar a intervalos regulares, la necesidad de continuar con la intervención restrictiva del paciente.
- Mantener el estado de precaución para el paciente con alto riesgo de exposición a los peligros específicos del ambiente de cuidados.
- Comunicar la información del riesgo de contagio al equipo multidisciplinario de salud que a cargo de la atención del paciente.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: INFLUENZA H1 N1

Dominio: 11 seguridad / protección

Clase: 6 termiregulación.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Etiqueta (problema) (P)

Hipertermia

Factores relacionados (causas) (E)

Enfermedad respiratoria viral altamente contagiosa

Características definitorias (signos y síntomas)

Inicio súbito, aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal, Aumento de la frecuencia respiratoria, taquicardia, taquipnea, calor al tacto, cefalea, fatiga, disfagia, rinorrea ataque al estado general, etc.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Termorregulación de la temperatura.	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de la temperatura cutánea. - Cambios de coloración cutánea - Hipertermia - Dolor muscular - Cefalea - Irritabilidad - Somnolencia - Deshidratación. - Taquicardia 	<p>1. Gravemente comprometido.</p> <p>2. Sustancialmente comprometido.</p> <p>3. Moderadamente comprometido.</p> <p>4. Levemente Comprometido.</p> <p>5.No comprometido</p>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <u>mantener</u> la puntuación e idealmente <u>aumentarla</u>.</p> <p><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></p>

INTERVENCIONES (NIC): REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA

ACTIVIDADES

- Monitorizar y registrar los signos vitales cada 15, 30 o 60 minutos o cuando la enfermera a cargo del cuidado lo considere necesario.
- Registrar curva térmica.
- Observar el color y la temperatura de la piel.
- Favorecer una nutrición e ingesta de líquidos adecuada, si las condiciones del paciente lo permiten.
- Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.
- Control térmico por medios físicos (baño con agua tibia, descubrir al paciente, ventilar la habitación y evitar corrientes de aire).
- Administrar medicamentos antipiréticos por prescripción médica.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: INFLUENZA H1 N1

Dominio: 9 afrontamiento / tolerancia al estrés.

Clase: 2 respuestas de afrontamiento.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Etiqueta (problema) (P)

Ansiedad

Factores relacionados (causas) (E)

Temor al CONTAGIO de la infección, a la muerte, a la amenaza de cambio en el estado de salud, las funciones de rol, el entorno y la situación económica.

Características definitorias (signos y síntomas)

Expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales, inquietud, angustia, incertidumbre, preocupación creciente, temor, aumento del pulso, dificultad respiratoria, aumento o disminución de la T/A, miedo de consecuencias inespecíficas.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Afrontamiento de problemas 1302	<ul style="list-style-type: none"> - Verbaliza sensación de control. - Verbaliza aceptación de la situación. - Se adapta a los cambios en desarrollo. - Utiliza el apoyo social disponible. - Verbaliza la necesidad de asistencia. 	1 Nunca demostrado. 2 Raramente demostrado. 3 A veces demostrado. 4 Frecuentemente demostrado. 5 Siempre demostrado.	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado. El objeto de las intervenciones es <u>mantener</u> la puntuación e idealmente <u>aumentarla</u> .
Autocontrol de la ansiedad 1402	<ul style="list-style-type: none"> - Busca información para reducir la ansiedad. - Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad. - Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad. - Controla la respuesta de ansiedad. 		
Aceptación: estado de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocimiento de la realidad de la situación de salud. - Expresa sentimientos sobre el estado de salud. - Se adapta al cambio en el estado de salud. - Toma de decisiones relacionadas con la salud. - Superación de la situación de salud. 		<u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u>

INTERVENCIONES (NIC): DISMINUCION DE LA ANSIEDAD

ACTIVIDADES

- Emplear un enfoque sereno que de seguridad al paciente y familia.
- Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.
- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Escuchar con atención.
- Crear un ambiente que facilite la confianza y motivar a la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad e identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Motivar la capacidad de toma de decisiones del paciente.
- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.
- Valorar en el paciente el nivel de conocimiento y comprensión del estado de salud.
- Valorar la capacidad del paciente para asimilar información específica (estado fisiológico, orientación, necesidades básicas no cumplidas, estado emocional y adaptación a la enfermedad).

INTERVENCIONES (NIC): AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO

ACTIVIDADES

- Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones.
- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación.
- Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
- Fomentar un dominio gradual de la situación.
- Valorar las necesidades/deseos del paciente de apoyo social.
- Ayudar al paciente y familia a clarificar los conceptos equivocados.
- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes e incluir a la familia si es necesario.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: INFLUENZA H1 N1

Dominio: 9 afrontamiento / tolerancia al estrés.

Clase: 2 respuestas de afrontamiento.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Etiqueta (problema) (P)

Afrontamiento ineficaz de la comunidad

Factores relacionados (causas) (E)

Déficit de servicios y recursos de soporte social de la comunidad, sistemas comunitarios inefectivos, etc.

Características definitorias (signos y síntomas)

Déficit de participación de la comunidad, expresión de vulnerabilidad, altas tasas de enfermedad, etc.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Control de riesgo social: enfermedad transmisible	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilancia epidemiológica de enfermedades infecciosas, incluyendo un sistema de recogida de datos, comunicación y seguimiento. - Investigación y notificación a los contactos sobre el riesgo de enfermedad infecciosa. - Accesibilidad de servicios de tratamiento y de referencia para los individuos infectados. - Provisión de productos para disminuir la transmisión. 	<p>1 Escala.</p> <p>2 Justa</p> <p>3 Buena</p> <p>4 Muy buena</p> <p>5 Excelente</p>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <u>mantener</u> la puntuación e idealmente <u>aumentarla</u>.</p> <p><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></p>

INTERVENCIONES (NIC): CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

ACTIVIDADES

- Controlar poblaciones de riesgo de acuerdo con el régimen de prevención y tratamiento.
- Controlar la incidencia de exposición a enfermedades transmisibles durante brotes conocidos.
- Controlar los factores ambientales que influyen en la transmisión de enfermedades contagiosas
- Informar al público respecto a la enfermedad y a las actividades asociadas para su control.
- Promover el acceso a una educación sanitaria adecuada en relación a la prevención y tratamiento de enfermedades transmisibles.
- Mejorar los sistemas de vigilancia de enfermedades transmisibles, acorde a la zona geográfica y tasa de incidencia.
- Proporcionar vacunas a las poblaciones objetivo según se disponga de ellas.
- Implementar medidas preventivas sobre todo para la población de mayor riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS:

1. Moorhead S, Johnson M. Maas M, Clasificación de los resultados de Enfermería NOC. Tercera edición ED. Elsevier Mosby. Madrid España 2005.
2. McCloskey D, J Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC 4º. Edición ED Elsevier Mosby. Madrid España 2005.
3. NANDA I. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2007 2008. Editorial Elsevier. Madrid España 2008.
4. Pedro Gutiérrez Lizardi, Procedimientos en la unidad de cuidados intensivos. Ed. McGraw-Hill Interamericana, México D.F. 2002
<http://www.cdc.gov/h1n1flu/español/investigation.htm>
5. [http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Pages/Influenza_A\(H1N1\)_Outbreak.aspx](http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Pages/Influenza_A(H1N1)_Outbreak.aspx)
6. Salud publica y medicina preventiva, 3ª Edición Ed. Manual moderno Santa Fe de Bogotá 2002.
7. Secretaría de Salud. Acciones para contener la transmisión de Influenza A (H1N1).
8. http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/influenza/acciones_basicas_influenza_SS_20090511.pdf
9. Hollander Erick., Guía de Trastornos de ansiedad. Editorial Elsevier. 2004.
10. CARPENITO L.J; Planes de cuidados y documentación en enfermería. 1ª Edición. Editorial Interamericana. 1994
11. www.fisterra-guiasclinicasdeenfermeria.com
12. Baily Rafensperger, Ellen., Lloyd Zusy, Mary., Manual de la enfermera. 2ª. Edición. Editorial Océano. 2006
13. Soy Andrade, Ma. Teresa., Manuales Prácticos de Enfermería, Tomos: Hospitalización y Cuidados Intensivos. Edición Especial. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. Colombia 1997.
14. 11. CDC. Center for Disease Control and Prevention Guidelines of Isolation.1997.
15. 12. Ponce de León RS, Baridó ME, Rangel FS, Soto HJL, Wey BS, Zaidi JM y Organización Panamericana de la Salud OMS. Sistemas de aislamiento de pacientes. Manual de prevención y control de infecciones hospitalarias ,1996.

PARTICIPANTES:

Coordinación del proyecto:

Mtra. Juana Jiménez Sánchez.- Dirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María Elena Galindo Becerra.- Subdirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Lic. Enf. María de Jesús Posos González.- Coordinación Normativa de la Dirección de Enfermería de la DGCES

Elaboró:

Lic. Enf. Catalina Martínez Martínez. Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca

Lic. Enf. Claudia azucena Martínez Villanueva. Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca

Lic. Enf. Martha López molina. Hospital general "Dr. Aurelio Valdivieso". Edo. De Oaxaca.

Lic. Enf. Rosalía e. Mendoza Gutiérrez. Hospital general "Dr. Aurelio Valdivieso". Edo. De Oaxaca.

Lic. Enf. Roberto González Tovar. Universidad Autónoma de Oaxaca escuela de Enfermería y Obstetricia

M.c.e. Cristina Castillo Mesinas. Universidad Autónoma de Oaxaca escuela de Enfermería y Obstetricia

Lic. Enf. Teresa Sánchez calderón. Servicios de Salud de Oaxaca Unidad de Enfermería.

Lic. Enf. Guillermina Edith Montes Abrego. Servicios de Salud de Oaxaca Unidad de Enfermería.

Lic. Enf. Tomasa Reyna delgado Rosales. Servicios de Salud de Oaxaca Unidad de Enfermería.

Lic. Enf. Minerva Hernández Cruz. Servicios de Salud de Oaxaca Unidad de Enfermería.