



UNAP



**FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON COVID-19 EN LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE
LORETO IQUITOS 2020**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA (O) EN
ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR:
CANDY TALIA PANDURO REVILLA**

**ASESORA:
Lic. Enf. HAYDEE ALVARADO CORA, Dra.**

**IQUITOS, PERÚ
2021**



ACTA DE SUSTENTACIÓN DEL TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL N° 002-FE-UNAP-2021

En Iquitos, en el zoom institucional de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana-Facultad de Enfermería, a los 19 días del mes de abril del 2021 a las 14:00 horas; se dio inicio a la sustentación pública del Informe de Trabajo de Suficiencia Profesional titulado: **"CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO IQUITOS 2020"**, aprobado con Resolución Decanal N° 040-2021-FE-UNAP, presentado por la Bachiller: Candy Talia PANDURO REVILLA, para optar el Título Profesional de Licenciada(o) en Enfermería que otorga la Universidad de acuerdo a Ley y Estatuto.

El Jurado calificador y dictaminador designado mediante Resolución Decanal N° 170-2020-FE-UNAP, está integrado por:

- Lic. Enf. Elsa REYNA DEL AGUILA, Dra.**
- Lic. Enf. Zulema ORBE GAVIOLA, Mgr.**
- Lic. Enf. Luz Avelina CUBAS DE PACHECO, Dra.**

Luego de haber escuchado con atención y formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas: *satisfactoriamente*.....

El jurado después de las deliberaciones correspondientes, llegó a las siguientes conclusiones:

La Sustentación pública del Trabajo de Suficiencia Profesional ha sido: *Aprobado*..... con la calificación de *Muy buena*.....

Estando la (el) Bachiller apta (apto) para obtener el Título Profesional de Licenciada(o) en Enfermería.

Siendo la (s) *16:31 p.m.* se dio por terminado el acto con *felicitación*..... a la (el) sustentante.

Lic. Enf. Elsa REYNA DEL AGUILA, Dra.
Presidenta

Lic. Enf. Zulema ORBE GAVIOLA, Mgr.
Miembro

Lic. Enf. Luz Avelina CUBAS DE PACHECO, Dra.
Miembro

Lic. Enf. Haydee ALVARADO CORA, Dra.
Asesora



JURADO

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL APROBADO EN
SUSTENTACIÓN PÚBLICA EL 19 DE ABRIL DEL 2021 EN LA FACULTAD
DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA
PERUANA, EN LA CIUDAD DE IQUITOS PERÚ.



Lic. Enf. ELSA REYNA DEL AGUILA, Dra.
PRESIDENTE



Lic. Enf. ZULEMA ORBE GAVIOLA, Mgr.
MIEMBRO



Lic. Enf. LUZ AVELINA CUBAS DE PACHECO, Dra.
MIEMBRO



Lic. Enf. HAYDEE ALVARADO CORA, Dra.
ASESORA

Agradezco a dios y a mi madre quienes me han dirigido y forjado por el camino correcto. Y están conmigo en todo momento bendiciendo, motivándome a cumplir todos mis anhelos.

CANDY TALIA

AGRADECIMIENTO

Un especial y profundo agradecimiento a todas las personas e instituciones que contribuyeron al desarrollo del presente trabajo de suficiencia profesional, que permitieron que logre tan ansiado título profesional de enfermería.

A los docentes miembros del Jurado Calificador, conformado por la: Lic. Enf. Elsa Reyna Del Águila, Dra. (presidente), Lic.Enf. Zulema Orbe Gaviola, Mgr. (Miembro) y Lic.Enf. Luz Avelina Cubas de Pacheco, Dra. (Miembro), por los valiosos aportes que contribuyeron en el desarrollo del trabajo de suficiencia profesional.

A la Lic.Enf. Haydee Alvarado Cora, Dra. por brindarme todo su apoyo, asesoría y conocimientos, para realizar mi trabajo de suficiencia profesional.

A nuestros profesores de la Facultad de Enfermería, por sus enseñanzas que han contribuido en el desarrollo de mi formación académica.

ÍNDICE GENERAL

	Páginas
PORTADA	i
ACTA DE SUSTENTACIÓN	ii
JURADO Y ASESORES	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE GENERAL	vi
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	4
1.1. Antecedentes	4
1.2. Bases teóricas	7
1.3. Definición de términos básicos	22
CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL	23
2.1. Descripción de la empresa o institución laboral.	23
2.2. Ubicación	23
2.3. Actividad	24
2.4. Misión y Visión	24
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	25
3.1. Diseño metodológico	25
3.2. Recolección y procesamiento de datos	25
3.3. Aspectos Éticos	26
CAPÍTULO IV: SUFICIENCIA PROFESIONAL	27
4.1. Descripción del área donde realizó las actividades profesionales	27
4.2. Descripción del cargo y funciones de responsabilidad	27
4.3. Desarrollo de la suficiencia profesional o situación de caso clínico	29
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES	38
CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES	41

ANEXOS:

1. Consentimiento Informado.
2. Cuadro de Diagnósticos, Análisis e Interpretación y Planificación del Cuidado.

RESUMEN

El presente trabajo de suficiencia profesional tuvo como objetivo brindar cuidado especializado de enfermería con base al Proceso de Atención de Enfermería – PAE, para contribuir en la recuperación de la salud del paciente con COVID -19 en estado crítico hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos; la metodología empleada fue el descriptivo de un Estudio de Caso de un paciente con diagnóstico médico COVID – 19 grave, hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Loreto, se brindó cuidados de enfermería basado en el proceso de atención de enfermería (PAE) Taxonomía II NANDA; se identificaron 5 diagnósticos de enfermería: (00032) Patrón respiratorio ineficaz R/C proceso inflamatorio bronquial E/P incremento de la frecuencia respiratoria por minuto (44 por minuto) y saturación baja (44%), (00004) riesgo de infección R/C procedimientos invasivos, (00091) Deterioro de la movilidad en la cama R/C tratamientos de ventilación mecánica y sedación E/P imposibilidad de realizar higiene personal, (00047). Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C disminución de la movilidad, (00205) Riesgo de shock hipovolémico R/C hipoxemia. Las intervenciones de enfermería, así como el tratamiento farmacológico permitieron la recuperación del paciente, siendo dado de alta el 27 de abril 2020.

Palabras claves: Paciente en estado crítico, Infecciones por coronavirus COVID – 19, Proceso de atención enfermería.

ABSTRACT

The objective of this professional sufficiency work was to provide specialized nursing care based on the Nursing Care Process - PAE, to contribute to the recovery of the health of the patient with COVID -19 in critical condition hospitalized in the Intensive Care Unit; The methodology used was the descriptive one of a Case Study of a patient with a severe COVID-19 medical diagnosis, hospitalized in the Intensive Care Unit of the Regional Hospital of Loreto, nursing care was provided based on the nursing care process (PAE) Taxonomy II NANDA; 5 nursing diagnoses were identified: (00032) Ineffective respiratory pattern R / C bronchial inflammatory process E / P increased respiratory rate per minute (44 per minute) and low saturation (44%), (00004) risk of infection R / C invasive procedures, (00091) Impaired mobility in bed R / C mechanical ventilation and sedation treatments E / P inability to perform personal hygiene, (00047). Risk of deterioration of skin integrity R / C decreased mobility, (00205) Risk of hypovolemic shock R / C hypoxemia. The nursing interventions, as well as the pharmacological treatment, allowed the recovery of the patient, being discharged on April 27, 2020.

Key words: Patient in critical condition, COVID-19 coronavirus infections, Nursing care process.

INTRODUCCIÓN

La nueva enfermedad asociada a coronavirus originada en China el 2019, designada COVID-19, producida por un virus denominado, coronavirus 2 (SARS-CoV-2), de presunto origen zoonótico en Asia, pero con evidente propagación de persona a persona, se ha diseminado rápidamente en el mundo y declarada oficialmente como pandemia por la Organización Mundial de la Salud en marzo 2020. ¹

Esta enfermedad se caracteriza por producir neumonía severa progresiva, notificándose más de 80 mil casos confirmados y más de 3000 fallecidos en China. En el mundo se reportaron alrededor de un millón de infectados de los cuales han fallecido más de 67 mil personas, siendo los países más afectados Italia, España y Francia. El primer caso reportado en América fue en Estados Unidos de Norteamérica (EEUU) el 23 de enero de 2020, pero recién a fines de marzo el número de casos se incrementó abruptamente. ¹

En América del Sur se presentó primero en Argentina en febrero de 2020, siendo actualmente los países más afectados de esta parte del continente Brasil, Chile y Ecuador.

En el Perú, se confirmó la primera persona infectada el 6 de marzo de 2020, incrementándose rápidamente el número de casos, las primeras víctimas mortales se presentaron el 19 de marzo (tres el mismo día) y dos en los días siguientes, se realizaron hasta abril 2020, 20,414 pruebas diagnósticas, obteniendo 2561 casos positivos para SARS-CoV-2, 387 pacientes estaban hospitalizados, 89 en cuidados intensivos con ventilación mecánica y se habían reportado 92 fallecimientos. ¹

Así mismo, en el 2020, el Perú fue considerado el sexto país con más casos de COVID-19 en el mundo y el segundo país de Latinoamérica, al acumular 357.681 contagios y 13.384 muertos, aunque si sumamos los sospechosos covid – 19 pudo ser el triple de pacientes.

La ciudad de Iquitos, (Perú), uno de los lugares más afectados por la pandemia en Latinoamérica, el 93% de la población puede haberse contagiado del COVID-19, se realizó en un estudio de prevalencia sobre el covid- 19 con 715 pruebas rápidas, en la que reporta que el SARS-COV-2 presento anticuerpos en nueve de cada diez personas, lo que extrapolado a toda la ciudad de Iquitos alcanzo unas 384.000 personas de los 413.000 ciudadanos que tiene la ciudad de Iquitos la capital de loreto. Los contagios se dieron más el sexo femenino, pues el 73 % de ellas pasó la infección, frente al 58 % al sexo masculino. El SARS-COV- 2 apareció cuando la ciudad de Iquitos estaba afrontando un fuerte brote de dengue que afectó a todos los ciudadanos de Iquitos. Los contagios más elevados del covid-19 fue entre abril y mayo con el colapsó de sus hospitales, ante la llegada de muchos pacientes diariamente en las puertas del hospital se observaba a las personas como agonizaban en la espera de ser atendidas ²

El virus SARS coV-2 está asociado con una enfermedad grave que requiere cuidados intensivos en aproximadamente 5%, el cuidado es un componente integral de la respuesta inmediata frente a esta infección emergente. La duración entre el inicio de los síntomas del paciente y el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) ha sido reportada de 9 a 10 días, lo que sugiere un deterioro gradual casos. El estado de un paciente que requerir cuidados intensivos ha sido el soporte respiratorio; en dos tercios de los pacientes. ³

Reportes de la agencia científica Sinc, sostienen que entre el 10% y el 15% de las personas ingresados en el hospital con neumonía causada por el virus SARS-CoV-2, ingresan a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), y el 90% de estos requieren intubación y ventilación mecánica, generalmente durante al menos dos o tres semanas. ⁴

Desde un punto de vista disciplinar, los cuidados enfermeros al paciente en situación de estado crítico consisten en una atención integral que contempla las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales. Las intervenciones van en la línea de mejorar la calidad de vida, proporcionar comodidad, bienestar físico, pero también bienestar espiritual. El dolor, el

miedo, la soledad y la percepción del sufrimiento familiar son algunas de las características físicas y emocionales de las personas en estado crítico. ⁵

En nuestro medio, no se dispone hasta el momento de estudios que identifique las condiciones que hacen que un paciente con COVID – 19 ingrese a una Unidad de Cuidados Intensivos y el cuidado que requiere, ello supone enormes retos a nivel sanitario, además de social y económico. Para dar una respuesta adecuada a esta urgencia por el SARS-CoV-2, es imprescindible disponer de protocolos que ayuden en la planificación, la ejecución y la toma de decisiones.

Las enfermeras, son el grupo profesional fundamental para los cuidados al paciente con COVID-19 hospitalizados, y así aplicar la prevención y detectar complicaciones de forma precoz y colaborando con el equipo clínico, para valorar las respuestas de cada paciente frente al tratamiento del covid-19.

Dada la situación se elabora el presente informe de trabajo de suficiencia profesional con metodología descriptiva, estudio de caso, de un paciente con diagnóstico médico de COVID – 2, en estado grave, hospitalizado en la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Regional de Loreto. Con el objetivo de brindar cuidado especializado de enfermería con base al (PAE) para el control del paciente con COVID -19 en estado crítico y proponer lineamientos básicos para la elaboración de protocolo y/o guías de cuidado especializado de enfermería en esta patología.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes

En el 2020, se desarrolló un estudio de revisión sistemática y meta análisis en bases de datos especializadas en busca de artículos publicados hasta el 20 de marzo 2020 en Cuba, con el objetivo de evaluar el riesgo de COVID-19 con presentación clínica grave en pacientes con comorbilidades. La investigación determinó que para un total de 99 817 pacientes, se obtuvieron los efectos globales para la hipertensión arterial (RP: 4,05; IC 95 %: 3,45-4,74), enfermedad cardiovascular (RP: 4,39; IC 95 %: 3,29-5,87), Diabetes Mellitus (RP: 3,53; IC 95 %: 2,79-4,47), hábito de fumar (RP: 2,87; IC 95 %: 1,81-4,54), enfermedades respiratoria (RP: 2,73; IC 95 %: 2,55-2,94), enfermedad renal (RP: 5,60; IC 95 %: 4,13-7,60) enfermedad hepática crónica (RP: 1,98 (IC 95 %: 1,08-3,64) e inmunodeficiencias (RP: 2,90; IC 95 %: 2,06-4,09), en pacientes graves en comparación con pacientes no graves. El trabajo concluyó que la enfermedad renal crónica, la enfermedad cardiovascular, la hipertensión arterial y la diabetes Mellitus están entre las comorbilidades que mayor riesgo implican para una presentación clínica grave en pacientes con COVID-19, seguidas en importancia por las inmunodeficiencias, hábito de fumar, enfermedad respiratoria crónica y enfermedad hepática crónica. ⁶

En el 2020, se desarrolló una investigación de tipo prospectivo observacional, con el objetivo de describir las características clínicas y respiratorias de un grupos de 43 personas con COVID-19 en España, tras 28 días de evolución, en medicina intensiva, en pacientes ingresados por COVID-19 e insuficiencia respiratoria, se lograron de forma instantánea variables demográficas, de gravedad, de laboratorio, de asistencia ventilatoria recibiendo oxigenoterapia alto flujo (OAF) y ventilación mecánica invasiva (VMI), de oxigenación (PaO₂, PaO₂/FiO₂) y de complicaciones. Los pacientes se dividieron en 3 grupos:

supervivientes (G1), fallecidos (G2) y aquellos que continuaban ingresados (G3). Se utilizó la prueba de Chi-cuadrado o de Fisher (variables categóricas) y la U de MannWhitney o Wilcoxon para analizar la diferencia entre medianas. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. El trabajo concluyo que a pesar de describir la evolución de una población con edad no muy avanzada y con bajo nivel de comorbilidades, el COVID-19 requiere con elevada frecuencia de VMI por SDRA, presenta una alta incidencia de fracaso de la oxigenación de alto flujo (OAF) y una elevada mortalidad. Al no observar la mejoría de la PaO₂/FiO₂ después de una semana de tratamiento activo, podría considerarse como una variable asociada a la mortalidad precoz, aunque estos datos deberán ser confirmados en futuros estudios. ⁷

En el 2020, se desarrolló una investigación sobre Características clínico-epidemiológicas del COVID-19 en Cuba, de tipo revisión bibliográfica de 33 referencias bibliográficas, con el objetivo de describir las características clínico-epidemiológicas del COVID-19. Se utilizó artículos e información de páginas nacionales e internacionales de la OMS, OPS, Infomed. Se analizó la calidad, fiabilidad y validez de los artículos elegidos para realizar una apropiada revisión. La investigación determinó que la vía transmisión del COVID-19 entre humanos más admitido es de persona a persona por la vía respiratoria, con una etapa de incubación de 1 a 14 días, el cuadro clínico es de una infección respiratoria alta autolimitada, presentando rápida progresión a una neumonía grave y de un fallo multiorgánico, fatal en personas de la tercera edad y presencia de comorbilidades. El trabajo concluyó que estamos viviendo una pandemia y que la columna más importante para contener es la prevención. ⁸

En el 2020, se realizó una investigación descriptiva, con el objetivo de describir las características de pacientes fallecidos por COVID-19 en un hospital terciario en el servicio de emergencia del hospital Rebagliati Lima-Perú, se incluyeron a pacientes fallecidos con resultado positivo a infección por SARS-CoV-2 mediante RT-PCR hasta el 4 de abril de 2020.

La investigación determinó que, de 14 casos, el 78,6% fueron de sexo masculino, edad promedio 73,4 años (rango 26 a 97), adquirieron la infección en el exterior del país el 21,4% de casos. Se encontró factores de riesgo en 92,9% de pacientes (más frecuentes adulto mayor, hipertensión arterial y obesidad). Los síntomas más frecuentes fueron disnea, fiebre y tos, con tiempo de enfermedad 8 días (+/- 3,0); los signos polipnea y estertores respiratorios. Los hallazgos de laboratorio más frecuentes fueron proteína C reactiva elevada (promedio 22 mg/d) e hipoxemia. La presentación radiológica predominante fue infiltrado pulmonar intersticial bilateral en vidrio esmerilado. Ingresaron a ventilación mecánica 78,6% (11 de 14 casos); recibió azitromicina 71,4%, hidroxicloroquina 64,3% y antibióticos de amplio espectro 57,1% de los casos; con estancia hospitalaria de 4,7 días (+/-2,4). El trabajo concluyó que los fallecidos por COVID-19 presentaron neumonía grave bilateral, más frecuentes en varones, con factores de riesgo (adulto mayor, hipertensión arterial y obesidad), con alta necesidad de asistencia ventilatoria. ¹

1.2. Bases Teóricas

COVID – 19

Definición

El COVID – 19, es una enfermedad constituida por un nuevo coronavirus. Que proviene de una extensa familia de virus que causan enfermedades en animales y en los seres humanos, en los seres humanos, se dice que varios coronavirus provocan infecciones respiratorias que pueden ir desde un resfriado leve hasta enfermedades más crónicas como él (MERS) y (SRAS).⁸

Características

El virus (SARS-CoV-2), causante de COVID-19, se ubica taxonómicamente en la familia Coronaviridae. Esta familia se subdivide en cuatro géneros: Alpha coronavirus, Beta coronavirus, Gamma coronavirus y Delta coronavirus. varios coronavirus de los cuatro géneros referidos son los que causan enfermedades en animales domésticos, y por lo tanto son principalmente de interés veterinario. Los coronavirus de valor médico hasta hoy son siete, y se encuentran en los dos primeros géneros referidos. Desde el punto de vista eco epidemiológico se pueden dividir en dos grupos: coronavirus humanos y coronavirus zoonóticos. Los coronavirus humanos circulan libremente en la población de todos los continentes, suelen causar enfermedad respiratoria leve. La estimación que resulta es entre el 10% y el 30% de los casos de resfriados leve. Al opuesto de los coronavirus zoonóticos estos circulan transitoriamente, pero suelen generar inmensas epidemias de enfermedad respiratoria grave. El origen de los coronavirus de importancia médica, incluidos los coronavirus humanos, parece ser zoonótico. En particular, los beta coronavirus zoonóticos están filogenéticamente relacionados con coronavirus de murciélagos, los cuales quizás pudieron haber sido su origen para el hombre, así haya

sido directamente o a través de un hospedero intermediario; dicho intermediario para el COVID -19 fue la civeta, que es un animal silvestre de un grupo de los vivérridos, y del MERS-CoV fue el dromedario. No es claro cuál es el intermediario para el SARS-CoV-2, o si realmente paso directamente del murciélago al ser humano. ⁹

Estructura viral

El covid-19 tienen la forma esférica o irregular, con el diámetro aproximado de 125 nm. Su genoma está constituido por RNA de cadena sencilla, con polaridad positiva, y con una longitud aproximada de 30.000 ribonucleótidos (RNA). Tiene una cápside de simetría helicoidal, constituida por la proteína de nucleocápside. La proteína N es la única presente en la nucleocápside y se une al genoma viral en forma de rosario; se dice que participa en la replicación del material genético viral en la célula y en el empaquetamiento del mismo en las partículas virales. Los coronavirus tienen una envoltura lipídica con tres proteínas ancladas en ella, denominadas E (envoltura), M (membrana) y S (espícula), la cual le da al virión (partícula infecciosa) la apariencia de una corona, y es la proteína que media la unión al receptor y facilita su fusión con la membrana celular. Las funciones de las proteínas M y E aún no están bien establecidas, pero se considera que podrían participar en el ensamblaje y liberación del virión. ⁹

El genoma viral es notable por su extensión de aproximadamente 30 kb con 15 marcos de lectura abiertos (ORF), que le permiten formar hasta 28 proteínas, un número inusualmente elevado para un virus con genoma RNA de cadena simple. La mayoría de las proteínas codificadas en dichos ORFs no hacen parte de la estructura del virión, y por lo tanto se denominan no estructurales (NS). Además, el genoma cuenta con un extremo 5' no codificante, el cual tiene un gorro o cap, y un extremo 3' con una cola de poli (A), que le permiten actuar como RNA mensajero (mRNA). Aproximadamente las dos terceras partes codificantes del genoma hacia el extremo 5' están ocupadas por los ORFs 1a y 1b, los

cuales generan poliproteínas largas, que mediante proteólisis producen una gran cantidad de proteínas no estructurales de tamaño variable. Entre estas se destacan la RNA polimerasa dependiente de RNA (RdRp), una helicasa y dos proteasas; estas últimas se encargan de partir las poliproteínas en sus fragmentos funcionales. La otra tercera parte del genoma, hacia el extremo 3', contiene los ORFs correspondientes a las proteínas estructurales (S, E, M y N) y a otras nueve proteínas pequeñas de función desconocida, que se traducen a partir de RNA mensajero subgenómicos.⁹

Replicación viral

Al llegar a la célula blanco, la proteína S se une al receptor en la célula, la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2). La proteína S es luego clivada por una proteasa celular (TMPRSS2), en dos subunidades, S1 y S2. La subunidad S1 contiene el dominio de unión al receptor (RBD), tanto la subunidad S2 contiene el péptido para la fusión a la membrana celular. Luego de su entrada a la célula, mediante la formación de una endosoma, el virus es desenvuelto y el RNA viral es liberado al citoplasma, para iniciarse en los ribosomas la traducción de los genes ORF 1a y 1b en sus proteínas, las cuales realizan la replicación del genoma viral. Las proteínas estructurales codificadas hacia el extremo son traducidas a partir de mRNAs transcritos desde la hebra de polaridad negativa que se forma durante la replicación del genoma viral. Estas proteínas estructurales son posteriormente ensambladas con el genoma viral, en las membranas celulares internas del retículo endoplasmático y aparato de Golgi, formándose las nuevas partículas virales. Finalmente, las vesículas que contienen los nuevos viriones se fusionan con la membrana celular para liberar los virus al exterior de la célula, proceso llamado exocitosis.⁹

Epidemiología

El 24 de abril del 2020, han confirmado más de 2,6 millones de casos por COVID-19 a nivel mundial, con un estimado de 180.000 muertes y más de 700.000 pacientes recuperados por COVID- 19, números que cambian todo los días, y pueden modificarse en tiempo real en las página web como en la Universidad Johns Hopkins, o con el Worldometer, se han confirmado 4.881 casos, con 225 muertes y 927 pacientes recuperados, de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud, siendo la ciudad de Bogotá la más afectada hasta el momento, con 2.065 casos confirmados. Según la OMS, las definiciones de los casos se establecen de la siguiente manera.

Caso Sospechoso

- Paciente con enfermedad respiratoria aguda (con fiebre y al menos un signo o síntoma de enfermedad respiratoria, como tos, disnea, etc.), Y con historia de viaje o de residencia en un área en la que se haya reportado transmisión comunitaria de COVID-19, en los 14 días previos a la aparición de los síntomas.⁹

Caso probable

- Caso sospechoso con resultados no concluyentes en las pruebas para la detección del COVID -19.

Contacto

un contacto es una persona que haya tenido una exposición a un caso probable o confirmado en los dos días previos o en los 14 días posteriores al comienzo de los síntomas de este caso.

- Contacto cara a cara con un caso probable o confirmado y estar menos de un metro de distancia por más de 15 minutos.

- Contacto físico directo con un caso probable o confirmado.
- Estar al cuidado de una persona con enfermedad COVID-19 ya sea probable o confirmada, sin utilizar EPP. ⁹

Patogénesis

El SARS-CoV-2 entra a la célula utilizando como receptor a la ACE2, al igual que el virus SARS-CoV, causante del SARS; sin embargo, la afinidad del SARS-CoV-2 por la ACE2 es de 10 a 20 veces mayor que la del SARS-CoV. La ACE2 se encuentra presente en mayores cantidades en el riñón, los pulmones y el corazón, y participa en la transformación de la angiotensina I en angiotensina 1-9, y de la angiotensina II en angiotensina 1-7. Estos productos finales tienen efectos vasodilatadores que reducen la presión arterial, con efecto protector frente a la hipertensión, la arteriosclerosis, y otros procesos vasculares y pulmonares. Se ha observado que los casos graves de COVID-19 presentan niveles de angiotensina II altos, y que sus niveles se correlacionan con la carga viral y el daño pulmonar.

Se observó que el SARS-CoV-2 produce el daño cardíaco agudo e insuficiencia cardíaca, con un aumento en los niveles de troponina asociados a una mayor mortalidad. En un estudio reciente llevado a cabo por Guo y colaboradores, se halló que de 187 pacientes positivos ha COVID-19, el 27,8% tenía daño cardíaco asociado a la infección. La elevada incidencia de síntomas cardiovasculares parece relacionarse con la respuesta inflamatoria sistémica. Se propone que la gran parte, de la virulencia asociada a la infección por SARS-CoV-2 es debida a su poderosa capacidad de activar una respuesta inmune, con una cantidad de citoquinas inflamatorias, que es uno de los mecanismos para el daño de los órganos. ⁹

Manifestaciones clínicas

El curso del COVID-19 es variable y va desde la infección asintomática hasta la neumonía grave que requiere ventilación asistida y es frecuentemente fatal. La forma asintomática y las presentaciones leves son más comunes en niños, adolescentes y adultos jóvenes, en tanto que las formas graves se observan más en los mayores de 65 años y en personas con condiciones crónicas como diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad cardiovascular o cerebrovascular, e hipertensión, entre otras.

Los síntomas más frecuentes, fiebre y tos, están en la mayoría de los pacientes sintomáticos, pero no en la mayoría los casos sintomáticos. La fiebre puede ser alta y prolongarse, lo que lleva a la muerte. La tos puede ser seca o productiva con igual frecuencia, y a veces se acompaña de hemoptisis. La fatiga es común, y las mialgias y la cefalea ocurren entre el 10% y 20% de los casos. La disnea se ha reportado con frecuencia desde 8% hasta más del 60%, dependiendo de los criterios de inclusión de cada estudio; la disnea puede aparecer desde el segundo día, pero puede tardar hasta 17 días, y dicha aparición tardía parece asociarse a desenlaces más graves. Otros síntomas de afectación del tracto respiratorio alto, como dolor de garganta, congestión nasal y rinorrea, se presentan en menos del 15% de los casos.

Las manifestaciones gastrointestinales, como náuseas, vómito, malestar abdominal y diarrea, se presentan tempranamente entre el 10% y 20% de los pacientes. Estos síntomas digestivos se correlacionan con mayor frecuencia de detección y mayor carga viral en materia fecal. Las alteraciones de los sentidos del gusto (ageusia) y del olfato (anosmia) también son frecuentes. Entre las complicaciones del COVID-19 se le nombra a la neumonía, presente virtualmente en todos los casos graves, el síndrome de dificultad respiratoria del agudo, la miocarditis, el daño renal agudo y las sobreinfecciones bacterianas, frecuentemente en la forma de choque séptico. Los trastornos de la coagulación, expresados

por la prolongación del tiempo de protrombina, el aumento del dímero D y el poco recuento de plaquetas, han llevado a considerar que la coagulación intravascular diseminada es uno de los fenómenos comunes en los casos graves, por lo que algunos recomiendan anticoagulación lo más pronto.

El compromiso de varios órganos se expresa a la alteración de las pruebas bioquímicas, como la elevación de las aminotransferasas, deshidrogenasa láctica, creatinina, troponinas, proteína C reactiva y procalcitonina.⁹

Diagnóstico

El diagnóstico del COVID-19, se realiza en pacientes que sufren síntomas asociados a la misma (tos, disnea y fiebre, principalmente mediante la prueba PCR o test rápidos.¹⁰

Pruebas PCR

La PCR que significa (por sus siglas en inglés) “Reacción en cadena de polimerasa”, es la prueba de referencia y permite detectar el ARN del virus. La prueba será positiva cuando en el análisis se detecte material genético del virus. Si la prueba es negativa, pero existe una alta sospecha, será necesario realizar otra prueba que permita detectar la presencia o no del virus del COVID -19. La muestra del paciente se extrae mediante la toma adecuado de nasofaríngeo y los resultados están entre unas horas.

Es una prueba con alta especificidad y sensibilidad, que facilita el diagnóstico precoz de la enfermedad ya que permite detectar el virus en las primeras fases de la infección respiratoria.⁹

Test rápidos para la detección de anticuerpos (Ac)

Estos test son más rápidos que el PCR y consisten en detectar los anticuerpos producidos frente al virus, mediante una muestra sanguínea obtenida de la yema del dedo. También pueden detectar las proteínas del virus a través de las muestras respiratorias de los exudados nasofaríngeos. Además de permitir obtener los resultados en 10 a 15 minutos, son menos sencillas y pueden realizarse fuera del ámbito hospitalario, lo que permite hacerla en el domicilio de un paciente con alta sospecha de COVID – 19. ⁹

Diagnóstico Tomográfico

Si bien es cierto que la RT-qPCR tiene un regular rendimiento al momento de identificar a los pacientes enfermos positivo, su tasa de falsos negativos nos puede conllevar a presentar casos de diagnóstico perdidos. Frente a este problema las tomografías computarizadas han salido a la luz como un método auxiliar más sensible. Pacientes con sospecha de infección por SARS-CoV-2, la combinación del RT-qPCR y de la tomografía computarizada (TC) haría más sensible el diagnóstico de esta enfermedad.

Hay numerosos estudios donde se describen las imágenes típicas de las lesiones por este virus en el cual encontramos opacidades pulmonares en vidrio esmerilado, consolidados del parénquima pulmonar bilateral con distribución periférica, patrón reticular y patrón de pavimento loco, engrosamiento pleural. Según la presencia de estas características tomográficas el valor diagnóstico para COVID-19 se vuelve muy valioso especialmente en zonas de alta prevalencia de esta enfermedad.

Diagnóstico por Anticuerpos: Actualmente se están utilizando kits para detectar IgM/IgG que son utilizados para detección inmunológica para el SARS-CoV-2 y el cual ha mostrado tasas de detección más altas que la detección de ácidos nucleicos. La sensibilidad del ELISA IgG es de

94.7%. El principal problema con la detección por medio de anticuerpos es que no detecta enfermedad activa, sino enfermedad pasada. Este método diagnóstico sería de utilidad para estudios de seroprevalencia en poblaciones y conocer la cantidad de personas que ya pasaron la enfermedad activa. ¹⁰

Diagnóstico diferencial

Es importante diferenciar el COVID-19 de otras enfermedades, en especial de la influenza. En varios casos es posible ver cambios radiográficos sugestivos pero inespecíficos. El acceso rápido a los resultados de las pruebas de diagnóstico es una prioridad de salud pública y hospitalaria, esto permite clasificar a los pacientes e implementar prácticas de control de infecciones. ⁴

Tratamiento

Hasta el momento no hay un tratamiento antiviral específico aprobado por la FDA. Los pacientes con cuadros leves deben ser manejados sintómicamente y aislados en sus casas. Los casos graves son aislados en los hospitales, el tratamiento es enfocado principalmente al alivio de los síntomas generales que presenta el paciente, la oxigenoterapia en los casos muy graves, al soporte respiratorio con o sin ventilación mecánica. Se ha utilizado varios medicamentos antivirales la combinación de lopinavir/ritonavir. Sin embargo, se deben esperar los resultados de múltiples ensayos clínicos que se llevan a cabo antes de poderse determinar un tratamiento antiviral efectivo. Actualmente se viene utilizando interferón beta (IFN- β), corticoides, antibióticos y vitamina C. últimamente se encontró que la combinación de remdesivir con cloroquina tiene efectos inhibidores del virus in vitro.

Desde la aparición del SARS-CoV-2, el mundo está trabajando en el desarrollo de una vacuna efectiva y segura contra el COVID-19, y los esfuerzos se han enfocado en la proteína S, que es la que se une al

receptor celular, la ACE2, en los pulmones. Entre las opciones se encuentran las que utilizan la proteína S recombinante purificada y fragmentos de mRNA o DNA de la proteína S que puedan inducir la formación de anticuerpos. El 20 de abril del 2020 ya se encontraban seis vacunas en fase 1 de investigación clínica y una en fase 2 de investigación.⁹

El paciente con COVID – 19, en estado crítico en UCI

El 5% de los pacientes de COVID-19 requiere de cuidados intensivos. Por la rapidez que se esparce el SARS-CoV-2. A la diferencia de otros brotes, la atención en UCI será un componente integral de una respuesta global a este nuevo coronavirus.⁴

Factores asociados con la necesidad de cuidados intensivos

Las características y el curso de la enfermedad del coronavirus son cruciales por el aumento de pacientes infectados por el covid-19. Los pacientes que requieren de unidad de cuidados intensivos tendieron a ser adultos mayores, y el 40% tenía comorbilidades. Los niños presentan síntomas más leves, aunque la exposición perinatal puede estar asociada con un riesgo considerable. La duración entre el inicio de los síntomas y el ingreso a (UCI) fue de 9 a 10 días. La razón más conocida para requerir cuidados intensivos ha sido la asistencia respiratoria, ya que los pacientes presentan síndrome de dificultad respiratoria aguda.⁴

Manejo clínico y resultados

El manejo del COVID-19 grave es similar al manejo de la mayoría de las neumonías virales que causan insuficiencia respiratoria. El SDRA caracteriza a los pacientes con enfermedad muy grave. En los hospitales con acceso limitado a ventilación invasiva o antes de que los pacientes sufran insuficiencia respiratoria hipoxémica severa, puede utilizarse la cánula nasal y la máscara de reservorio de alto flujo o la ventilación no

invasiva. Sin embargo, realizar estas prácticas pueden dispersar el virus en el ambiente. El shock séptico y la disfunción orgánica ocurren en una proporción significativa de pacientes críticos relacionados con el COVID-19 y es asociada con una elevada mortalidad. La mortalidad entre todos los pacientes infectados sería de entre 0.5% y 4%. Pero sería más alta entre los pacientes que requieren hospitalización y los gravemente enfermos. Los pacientes morirían por hipoxia progresiva y disfunción multiorgánica. ⁴

Protección de pacientes y trabajadores en el cuidado al paciente en UCI
La reducción del riesgo de amplificación del brote nosocomial a través de la transmisión del virus a los pacientes y los trabajadores de la salud sería mortal. Mantener el distanciamiento a menos 2 m entre pacientes con el COVID-19 sospechoso o confirmado, el uso de mascarillas quirúrgicas para pacientes sintomáticos, y para los pacientes que ingresan con alguna enfermedad se les traslada a otro ambiente menos contagioso son medidas muy importantes. El personal del hospital debe estar capacitado de la prevención y control de infecciones. Los médicos y enfermeras involucrados en el cuidado y en los procedimientos que generen aerosoles deben usar respiradores N95 y protectores faciales y gafas para la protección ocular.⁴

Conceptos generales sobre el cuidado

La Real Academia Española define el término "cuidado" del participio pasivo cuidar. Solicitud, dedicación y atención en la ejecución de las cosas; 15 negocios o asuntos del responsable, la palabra cuidado (de cuidar) proviene del latín cogitare "pensar" y por extensión, ("pensamiento" de cogitatus); verbo transitivo, que significa ser cauteloso, diligente, amigable y dedicado al hacer algo; verbo transitivo que significa poner cuidado, diligencia, solicitud y esmero en hacer algo; es asistir, vigilar y conservar, estos términos indican acciones que tienen un fin y las cuales, en algunos parámetros recaen sobre alguien o sobre algo. ¹¹

Cuidar es una actividad humana, definida como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina, que involucra no solo al receptor, sino también a la enfermera que es la remitente. Watson cree que el cuidado se evidencia en la comunicación interpersonal y su propósito es promover la salud y el crecimiento de las personas. ¹²

Cuidado de Enfermería

Desde la esencia de los cuidados hasta los medios para brindarlos, la enfermería tiene varios componentes. Los profesionales de enfermería son un recurso humano indispensable en las instituciones de salud, su propósito es brindar una atención integral al personal del campo de la salud, implementar la atención y tener contacto permanente y directo interno o externo con los clientes.

Cuidar significa conocer a la persona y estar interesado en ella. Paradójicamente, estar interesado significa no estar interesado en uno mismo, lo cual es algo difícil; interesar significa entrar dentro del ser, en este caso dentro de la persona, tener conocimiento de ella y ser consciente de sus motivaciones, actitudes, talentos, intereses y conocimientos, se le exige que se comporte como una persona única y auténtica que pueda generar confianza, calma, seguridad y apoyo efectivo, precisamente en su unidad, en parte conocida y en parte desconocida, pero siempre inefable, en su unidad, el que debe arrastrar y ser cada vez más emocionante para los profesionales de enfermería.

Cuidado también significa comunicación entre enfermeras y pacientes, estableciendo interacción en la relación de ayuda, que se caracteriza por que las enfermeras deben mantener una comunicación abierta y útil cuando se trata de la salud y el malestar de los pacientes, se desarrollara en el personal de enfermería la capacidad y la sensibilidad para brindar una mejor atención humanitaria. ¹³

Teorías del Cuidado

Teorías de Enfermería de Dorotea Orem

El modelo de autocuidado de Dorotea Orem, es el único modelo de enfermería que, define su modelo como una teoría del Autocuidado, y teoría de los sistemas de enfermería. La enfermera actúa cuando el paciente por cualquier motivo, no es dependiente. Los métodos de asistencia de enfermería se basan en la relación de ayudar o suplencia de enfermería hacia el paciente que necesite ayuda. ¹⁴

Teoría del cuidado humanizado de Jean Watson

Jean Watson enfermera teórica contemporánea, empezó sus estudios de enfermería en la Escuela de Enfermería Lewis Gale y culminó sus estudios de pre- grado en 1961. Avanzando con su preparación académica obtuvo un licenciado en ciencias de enfermería en 1964 en el Campus de Boulder, una maestría en Salud Mental y Psiquiatría en 1966 en el Campus de Ciencias de la Salud y un doctorado en Psicología Educativa y Asistencial en 1973 en la escuela de posgrado del Campus de Boulder. La teoría de Watson está sostenida en el trabajo de las teóricas Nightingale, Henderson, Hall, Leininger, Hegel, Kierkegaard, Gadow).

Watson señaló que la acción de cuidar es una parte básica de la existencia, un comportamiento innato realizado por los humanos, a favor de otros seres que necesitan ayuda. Este comportamiento es un peldaño necesario para la profesión de enfermería. El cuidado que brinda el personal de enfermería está organizado, establecido y posicionado para satisfacer las necesidades de los demás, promoviendo y manteniendo la salud. El acto de cuidar genera una respuesta de otra persona que lo necesita, también tiene sus propios objetivos, está basado en sus

propios conocimientos, adquiridos durante el ejercicio de la profesión de enfermería.

Se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de la relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador.

Su teoría adopta métodos filosóficos (existencial-fenomenológicos), tiene un fundamento espiritual, cuidado ideal moral y ético enfermería.

Finalmente, Watson, sostiene que el cuidado es el elemento principal y el alma de la profesión de enfermería. Incide que ese cuidado debe estar conducido con un amor incondicional; lo cual, es fundamental para la recuperación del paciente o de la persona que lo necesite. Preparando y guiando a la enfermera en la planificación y ejecución de los cuidados encaminados a la satisfacción de ese usuario. ¹⁵

Cuidados de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos

El servicio de UCI es uno de los servicios más complejos. Esta complejidad es porque los pacientes presentan enfermedades graves y necesitan ser atendidos con cuidados específicos en base a las patologías que presentan.

Se debe centrar en la importancia de los cuidados básicos de enfermería. La UCI es un área del hospital donde se atiende pacientes cuyo estado de salud es grave y suelen presentar complicaciones muy graves que requieren de una atención inmediata y especializada.

Aunque las UCIS pueden variar la forma, la organización, y los protocolos de cada hospital, todas ellas presentan características comunes: Son espacios destinados al cuidado de pacientes en estado crítico. Personal muy cualificado y especializado. Recursos materiales altamente tecnológicos para la pronta recuperación. ¹⁶

La Unidad de Enfermería de UCI tiene como misión brindar una Atención óptima a los pacientes con manejos críticos o potencialmente críticos ingresados en la UCI y satisfacer sus necesidades y expectativas mediante la asistencia de unos cuidados de enfermería especializados, con calidad y seguridad. El Modelo de Virginia Henderson: nos dice que

una atención integral, a través de acciones de apoyo en la enfermedad y la muerte, de protección y fomento de la salud, y ayuda en la reintegración de la persona a la sociedad. ¹⁷

El proceso de atención de enfermería

Es el método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, centrado en evaluar en forma simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados otorgados por la enfermera. Es el camino que asegura la atención de alta calidad para la persona que necesita los cuidados de salud que le permitan alcanzar la recuperación, mantenimiento y progreso de salud. La literatura, internacionalmente reconocida, coincide en identificar cinco la etapa del proceso se divide en cinco: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, intervención y evaluación, las cuales se dan en estrecha relación. ¹⁸

Esta secuencia ordenada de etapas permite valorar al paciente, recolectar y analizar datos, que en última instancia posibilita identificar diagnósticos de enfermería, formular un plan de cuidados y evaluar continuamente las respuestas obtenidas. ¹⁹

1.3. Definición de Términos Básicos

La OMS en febrero del 2020 dio el nombre oficial del nuevo virus denominado COVID-19, es una enfermedad infecciosa causada por el nuevo coronavirus que es el SARS-CoV-2. ²⁰

Autocuidado: Dorothea Orem, su teoría de enfermería sobre el autocuidado, lo define como “la práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar”. Afirma, que el autocuidado es una conducta que se aprende y surge de combinaciones de experiencias cognitivas y sociales. ²¹

Paciente en estado crítico: Es aquel paciente que tiene alteraciones fisiopatológicas que han alcanzado un nivel de gravedad hasta el punto de presentar una amenaza real o potencial para su vida y que al mismo tiempo son susceptibles de recuperación. ²²

Unidad de Cuidados Intensivos: Se definen como aquellos servicios dentro del marco institucional hospitalario que poseen una estructura diseñada para mantener las funciones vitales de pacientes en riesgo de perder la vida, creadas con la finalidad de recuperación. ²²

Proceso de Atención de Enfermería PAE: Es un método organizado y sistemático para planificar y proveer cuidados individualizados a los pacientes, de resolución de problemas y de toma de decisiones. Como método se basa en lo científico y en lo filosófico. ¹⁹

CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL

2.1. Descripción de la Empresa o Institución Laboral

El Hospital Regional de Loreto “Felipe Santiago Arriola Iglesias” es un órgano desconcentrado de la Dirección Regional de Salud - Loreto, con funcionamiento enmarcado en la Ley General de Salud N° 26852, con categoría III-1 y brinda atención de salud de alta complejidad, siendo responsable de lograr el desarrollo de la persona a través de la prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona desde su concepción hasta su muerte natural, en concordancia con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1161 - Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y su Reglamento, aprobado con el D.S. N° 013-2002-SA. Depende normativamente del Ministerio de Salud (MINSA) - Dirección Regional de Salud – Loreto (DIRESA) y presupuestalmente del Gobierno Regional de Loreto (GOREL).²³

El Hospital Regional de Loreto se reconoce como Hospital COVID – 19, de la región Loreto, a través de una resolución ejecutiva regional N° 151-2020-GRL-GR, del 16 de junio del 2020.²⁴

2.2. Ubicación

El Hospital Regional de Loreto está ubicado en la ciudad de Iquitos, provincia de Maynas, distrito de Punchana, con domicilio legal en la Av. 28 de Julio s/n del Distrito de Punchana, Provincia de Maynas – Región Loreto.



2.3. Actividad

Brindar atención recuperativa y de rehabilitación de III Nivel y atención básica complementaria a todas las personas especialmente referidas, y en condición de pobreza, con servicios de calidad, equidad, interculturalidad, solidaridad y respeto a sus derechos, para lo cual cuenta con personal especializado, equipamiento de alta tecnología, ambientes adecuados, materiales, insumos y medicamentos suficientes para la atención de la población de la Región. ²⁵

2.4. Misión y Visión

Misión

“El Hospital Regional de Loreto tiene por misión, brindar atención recuperativa y de rehabilitación de III nivel y atención básica complementaria a todas las personas especialmente referidas, y en condiciones de pobreza, con servicios de calidad, equidad, interculturalidad, solidaridad y respeto a sus derechos, para lo cual cuenta con personal especializado, equipamiento de alta tecnología, ambientes adecuados, materiales, insumos y medicamentos suficientes para la atención de la población de la región” ²⁵

Visión

“Para el año 2021 el Hospital Regional de Loreto, se constituye en una institución accesible a todas las personas en especial a los más pobres, altamente competitiva, moderna y confiable en la prestación de servicios de salud especializados de III nivel, con trabajo en equipo, ética, integridad y capacidad de directivos y miembros, contribuyendo a elevar el nivel de salud y desarrollo social de la región”. ²⁵

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Diseño Metodológico

El diseño metodológico del presente trabajo fue el descriptivo de un estudio de caso de un paciente con COVID – 19 en estado crítico hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Loreto.

3.2. Recolección y Procesamiento de Datos

Las técnicas que se emplearon en la presente investigación, fueron: la entrevista, la observación el examen físico y la revisión documentaria que permitió obtener información respecto al estado del paciente y planificar el cuidado de enfermería.

El instrumento utilizado fue el (PAE). La recolección de datos se realizó de la siguiente manera:

1. Se identificó a un paciente con COVID - 19 en estado crítico hospitalizados en la UCI.
2. Se recolectaron datos a través de la entrevista, la observación, examen físico y revisión documentaria.
3. Se planificó el cuidado de enfermería en base al proceso de atención de enfermería según NANDA Taxonomía II.
4. Se brindó cuidado de enfermería al paciente con COVID – 19 en estado crítico, en base a la planificación.
5. Se realizó el registro de enfermería en la historia clínica según el SOAPIE.
6. Se realizó la evaluación de las actividades ejecutadas de los cuidados de enfermería ejecutados en el paciente con COVID – 19 en estado crítico.
7. Se elaboró el informe de suficiencia profesional.
8. Se presentó el informe de suficiencia profesional.

3.3. Aspectos Éticos

En la presente investigación se protegieron los derechos de las personas con enfermedad de COVID – 19 en estado crítico, atendidos en la UCI del Hospital Regional de Loreto, teniendo en cuenta lo siguientes principios éticos:

Beneficencia: se protegió la integridad física, psicológica y moral de las personas con enfermedad de COVID -19 y se le proporcionó un ambiente seguro y tranquilo para brindarle cuidados de enfermería.

Autonomía: Se trató a las personas con enfermedad de COVID – 19 en estado crítico, con lenguaje comprensible, proporcionándole información veraz y completa, dándole oportunidad para decidir su participación a través del consentimiento informado.

No Maleficencia: El paciente con COVID – 19 en estado crítico no se vio afectado en su integridad física, emocional ni social. Los datos obtenidos de la recolección de información solo sirvieron para fines del estudio, los cuales, luego de terminado fueron eliminados; los instrumentos fueron anónimos; se tuvo en cuenta la confidencialidad de la información, para lo cual se manejó la información de manera confidencial.

Justicia: El paciente con COVID – 19 en estado crítico, recibió todos los cuidados respetando sus derechos, cualquiera sea su estado de salud actual, raza o credo.

CAPÍTULO IV: SUFICIENCIA PROFESIONAL

4.1. Descripción del Área Donde Realizó las Actividades Profesionales

En el contexto de crisis sanitaria ante la pandemia mundial COVID 19; teniendo en cuenta el manejo integral de los pacientes basado en el método científico y donde el agente causal SARS-CoV-2, se encontraba aún en investigación con escasos conocimientos de este. Se hizo necesario el uso del conocimiento teórico, destrezas y actitudes adquiridas a lo largo de mi formación, en la carrera de enfermería.

Se tuvo la oportunidad de acuerdo a la demanda de pacientes con COVID – 19, rotar por los siguientes servicios asistenciales del Hospital Regional de Loreto:

- Medicina A y B.- Están ubicado en el segundo piso, brindando atención integral holística a pacientes con COVID - 19 hospitalizados; con el objetivo de mantener la homeostasis orgánica de los pacientes, mediante el seguimiento de la evolución de enfermedad, la administración de tratamientos y la vigilancia de factores de riesgos cardiovasculares, renales e infecciosos para su manejo oportuno.
- Unidad de Cuidados Intensivos. Ubicado en el segundo piso, brindando soporte vital, a pacientes críticamente enfermos, que requerían manejo y monitoreo intensivo para lograr estabilidad hemodinámica, respiratoria y renal, mediante cuidados intensivos en la Unidad.

Mi permanencia en la UCI fue de 1 mes, y es allí donde se captó al paciente caso de estudio, brindando cuidado de enfermería basado en el proceso de atención de enfermería.

4.2. Descripción del Cargo y Funciones de Responsabilidad

El trabajo de suficiencia profesional, consistió en brindar un cuidado integral holístico; haciendo uso de todos los conocimientos adquiridos a lo largo de mi formación profesional, fusionando la teoría y la práctica en

todo nuestro que hacer al cuidado del paciente con COVID – 19 en cudad intensivos.

El rol desempeñado fue el de enfermera general y según el Manual de Organización y funciones (MOF-HRL-2011), fueron las siguientes:

1. Evaluar a los pacientes diariamente. En el caso del paciente de estudio, se realizó la valoración integral, buscando identificar datos importantes a través del examen físico, la entrevista, observación y revisión de la historia clínica, así como de resultados de exámenes de laboratorio e imágenes.
2. Interpretar los exámenes complementarios realizados al paciente los cuales fueron: exámenes de sangre, gasometría arterial (AGA) y electrolitos, rayos X de tórax, tomografía de pulmón.
3. Indicar el esquema terapéutico para la enfermedad dependiendo de la sintomatología y el estado general del paciente. En el caso del paciente se realizó el análisis e interpretación de datos importantes, se identificaron los diagnósticos aplicando para ello el proceso de atención de enfermería según la NANDA Taxonomía II. Posterior a ello se planificó el cuidado de enfermería teniendo en cuenta la clasificación NIC y NOC.
4. Realizar el trabajo de enfermería que consiste en administrar el tratamiento a los pacientes. En el caso específico, se brindó cuidado de enfermería según la planificación de las intervenciones, como: administrar tratamiento farmacológico, cuidado y valoración de la ventilación mecánica, cuidado y valoración postural (pronación), mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico y nutricional, según indicación médica y apoyo emocional a la familia.
5. Monitorizar y vigilar las funciones vitales, específicamente: presión arterial, frecuencia cardiaca, respiración, temperatura, saturación de oxígeno, realizar balance hidroelectrolítico y valorar la condición general del paciente.
6. Coordinar con el equipo multidisciplinario (médico asistente, laboratorista, radiólogo, psicólogo, nutricionista, enfermeras,

técnicos en enfermería), las acciones a tomar en el cuidado del paciente.

7. Realizar horas de trabajo adicional cuando el servicio lo requiera. En el cuidado al paciente estudio de caso, se realizaron 12 horas de trabajo (Diurno) y 12 horas (nocturno), brindando no solo cuidado al paciente, sino a todos los pacientes hospitalizados en el servicio.
8. Coordinar el ingreso, alta y/o transferencias, interconsultas, intra o extra institucionales de acuerdo a la necesidad del paciente.
9. Cumplir y hacer cumplir las medidas de Bioseguridad (uso correcto de equipos de protección personal (EPP), uso correcto de guantes, higiene correcta de manos, manejo correcto de material estéril, manejo seguro de procedimientos invasivos) en todos los procedimientos de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos, para prevenir infecciones cruzadas.
10. Mantener las buenas relaciones interpersonales con el equipo multidisciplinario, para un clima laboral favorable.
11. Mantener la responsabilidad compartida con el equipo de enfermería frente al cuidado y conservación de los bienes del servicio, para la continuidad del trabajo
12. Evaluar la evolución clínica y funcional del paciente con COVID 19 en estado crítico en base a los cuidados de enfermería brindados.

4.3. Desarrollo de la Suficiencia Profesional o Situación de Caso Clínico

Caso clínico

Descripción del caso clínico

❖ Datos de filiación

- Nombre y Apellido: R.V.S.
- Edad: 43 AÑOS.
- Sexo: Masculino.
- Fecha de nacimiento: 20/04/1976.
- Lugar de nacimiento: Iquitos.
- Lugar de procedencia: Iquitos.

❖ Padecimiento Actual (Anamnesis)

Paciente adulto de 43 años de edad ingresa al servicio de emergencia a las 8.45 de la mañana, presenta saturación de oxígeno de 44%, fiebre de 39°C y tos intensa. el diagnóstico médico síndrome respiratorio agudo grave y sospechoso COVID – 19. es ingresado inmediatamente a trauma shock de emergencia donde la primera acción es conectar una máscara de reservorio conectada a un balón de oxígeno a 15 litros, administrar 2g de metamizol y hacer los medios físicos, ponerlo en posición semifowler, recibiendo el tratamiento indicado; paciente no logra subir la saturación de oxígeno a más de 45%. Ingresa el 15 de abril del 2020 a cuidados intensivos (UCI) por ventilación mecánica invasiva (VMI) saturando 45% con sonda nasogástrica y sonda vesical y con tratamiento completo. Paciente tolera el tratamiento durante 8 días en el servicio de UCI recuperándose favorablemente el día 24 de abril del 2020 es trasladado al servicio de medicina (B. Infectología) a seguir con el tratamiento con saturación de oxígeno a 89%, se va de alta a los 14 días con indicaciones médicas y de enfermería.

Funciones Biológicas

APETITO: disminuida; dieta licuada por medio (SNG)

SUEÑO: sedado.

ORINA: urocromo; color amarillo claro

Deposiciones: líquidas; frecuencia tres veces al día, cantidad escaso aproximadamente 75gm, olor fétido, color: marrón.

Resultados del laboratorio

Glucosa: 151 mg/dl

Urea: 62 mg/dl

Creatinina: 1.16 mg/dl

Prot totales: 6.4 g/dl

Albumina: 3.8 g/dl

Bil total: 0.39 mg/dl

Bil directa: 0.21 mg/dl

PCR: 7.8 mg/dl

Globulina: 2.5 g/dl

Bil indirecta: 0.18 mg/dl.

Antecedentes

- Antecedentes personales:

Vivienda: material noble

Agua potable: si

Desagüe: si

Luz eléctrica: si

Alimentación variada: si

- Antecedentes patológicos:

Enfermedades anteriores: ninguno

Enfermedades actuales: COVID – 19

Intervenciones Qx: no refiere

Transfusiones sanguíneas: no refiere

Alergias: no RAM

Hospitalizaciones: no refiere.

Examen Físico

E. General: paciente adulto de 43 años de edad de sexo masculino con DX. Medico COVID – 19. Se encuentra en posición supino prono

Ectoscopía: AREG, REN, febril, levemente palidez.

Funciones vitales:

P/A: 120/90 mmhg.

FC: 158x' (ritmo acelerado)

FR: 44 x' (ritmo regular)

T° Axilar: 39°C

Sat O2: 44%

Peso: 88 kg

Talla: 1.69m

Examen Físico General

Piel y faneras: piel levemente pálida

Sistema linfático: normal.

Sistema osteoarticular: normal.

Examen Físico Regional

Cabeza: Normocefálico, con presencia abundante de pelo, grueso lacio, corto y color negro; al momento del examen físico se halla con signos de sequedad.

Palpación sistemática del cuero cabelludo del vértice normocéfalo, cabello bien implantado de color negro.

Cráneo y cara: cráneo redondo y simétrico; contorno craneal liso, consistencia uniforme; ausencia de nódulos y masas, ausencia de dolor. Simétrica pálidas.

Cejas: distribución uniforme, completas y simétricas.

Ojos: color negro, simétricos conjuntiva.

Nariz: forma simétrica, sin presencia de inflamación, dolor y lesiones; permeabilidad de ambas fosas nasales.

Boca: Simétrica; presencia de edema, inflamación, lesiones y sangrado leve. Mucosas y encías color pálido, labios y lengua sin movimientos, presencia de caries.

Cuello: silicndrio, sin dolor a la palpación.

Torax: anterior y posterior simétrico, frecuencia respiratoria taquipnea, palpación expansibilidad, ruidos continuos altas y bajas.

Abdomen: blando distendido, no doloroso a la palpación.

Genitourinario: micción espontanea.

MS: simétricos.

MI: simétricos.

Diagnostico Medico

- COVID – 19

Tratamiento Medico

CINa 0.9% 1000 cc 30gt X`

Midazolam 50mg (2) amp

Fentanilo 0.05mg (2)

CINa 9% 100cc

Furosemida 20mg c/ 24h

Enoxaparina 60mg c/12h

Omeprazol 40mg c/12h

Metoclopramida 10 mg c/8h

Meropenem 1g c/8h.

Ceftriaxona 2gr c/24h.

Metamizol 1.5gr PRN T° 38.5°C

Azitromicina 500mg c/24h.

Hidroxicloroquina 200mg c/12h.

Metilprednisolona 40mg c/12h.

Lapinavir + Ritonavir 2 TB c/12h

Salbutamol 4puff c/6h

Bromuro de ipratropio 4puff c/4h

Beclometasona 4puff c/8h

Ivermectina 60 gts c/24h

Manitol 100 cc

Tramadol 100mg c/8h.

Valoración de Enfermería

Datos subjetivos:

Paciente refiere: que hace 9 días presenta dolor de cabeza, fiebre alta, diarrea, tos, dolor en todo el cuerpo y dificultad respiratoria.

Datos objetivos:

Paciente adulto de 43 años de edad de sexo masculino, con fiebre de 39°C, tos, deposiciones líquidas, presenta dificultad respiratoria SPO2 44%, por lo que se decide su hospitalización en el Hospital Regional de Loreto, Unidad de Cuidado Intensivos.

Diagnóstico y Planificación del Cuidado de Enfermería

(00032) Patrón respiratorio ineficaz R/C proceso inflamatorio bronquial
E/P incremento de la frecuencia respiratoria por minuto (44 por minuto)
y saturación baja (44%)

NOC:

Resultados: Mejorar el patrón respiratorio del paciente.

- 0411 Respuesta de la ventilación mecánica: adulto.
- 0402 Estado respiratorio: ventilación.

NIC:

Intervenciones:

(3180) Manejo de las vías aéreas: mantenimiento de tubos endotraqueales de cánulas de traqueostomía y prevención de complicaciones asociadas con su utilización.

3300) Manejo de la ventilación: ayudar a un paciente a recibir un soporte respiratorio artificial.

Actividades:

- Vigilar frecuencia y ritmo y profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
- Mantener las vías permeables.
- Monitorear las funciones vitales del paciente.

(00004) Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos

NOC:

Resultados: Controlar el riesgo de infección, Vigilar y controlar los procedimientos invasivos.

- 1902 Control de riego.
- 01908 Detección del riesgo.

Indicadores:

190801: Reconoce los signos y síntomas que indican el riesgo.

190802: Identifica los posibles riesgos para la salud.

190803: Coteja los riesgos percibidos.

NIC:

Intervenciones:

(6550) Protección contra las infecciones.

(4220) Cuidados del catéter central insertado periféricamente.

Actividades:

- Protección contra las infecciones en los procedimientos invasivos que se realiza.
- Cuidados de catéter central y el tubo endotraqueal insertado periféricamente.
- Cuidados circulatorios de los dispositivos de ayuda a la ventilación mecánica.

(00091) Deterioro de la movilidad en la cama R/C tratamientos de ventilación mecánica y sedación E/P imposibilidad de realizar higiene personal.

NOC:

Resultados: Mejorar la seguridad, higiene y confort del individuo.

- (0204) Consecuencia de la inmovilidad: fisiológica.

Indicadores:

020411: Disminución de la fuerza muscular.

020414: Alteración del movimiento articular.

NIC:

Intervenciones:

(0840) Cambio de la posición, enseñanza: actividad / ejercicio prescrito.

(0140) Fomento de los mecanismos corporales.

Actividades:

- Satisfacer la necesidad higiene y confort.
- Realizar la técnica de masajes en todo el cuerpo

(00047). Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C disminución de la movilidad

NOC:

Resultados: Evitar el riesgo de úlceras por presión

(1101) Favorecer la integridad tisular piel y membranas mucosas.

Indicadores:

020412: Disminución del tono muscular.

NIC:

Intervenciones:

0840: Cambio de la posición.

Actividades:

- Cambio de la posición.
- Masaje corporal

(00205) Riesgo de shock hipovolémico R/C hipoxemia.

NOC:

Resultados: Mejorar el nivel de oxígeno en la sangre.

(0401) Estado circulatorio.

(0403) Estado respiratorio: ventilación; movimiento de entrada y salida del aire en los pulmones.

NIC:

Intervenciones:

(4250) Manejo del shock.

(4254) Manejo del shock hipovolémico.

Actividades:

- Monitorización de los signos vitales.
- Monitorización de saturación de oxígeno.

Ejecución

Considerando los recursos disponibles de tiempo, espacio, insumos y aspectos individuales del paciente y su familia se ejecutó el (PAE) del paciente con COVID – 19 en estado crítico, para el logro de los resultados y los objetivos propuestos en las actividades el que se encuentra explicado en los anexos.

Evaluación

El plan de cuidados demostró estimular de forma positiva cada uno de los resultados propuestos. El 100% de los resultados esperados fueron logrados. Se logró un control del riesgo de infección por COVID – 19, mediante la vigilancia y administración de medicamentos indicados por el médico.

En cuanto a la afección respiratoria por el COVID – 19, el paciente ingresó con una saturación de oxígeno de 44%, presión arterial: 120/90 mmHg. frecuencia cardiaca 158 x', frecuencia respiratoria 44 x', temperatura axilar: 39 °C. Síndrome de distres respiratorio, diagnóstico de COVID – 19 y egresó con Presión arterial 120/70 mmHg, frecuencia cardiaca de 76 por minuto, frecuencia respiratoria 24 x' y saturación de oxígeno 96%; Y comparando con los rangos normales de los signos vitales son (presión arterial de 90/60 mmHg hasta 120/80 mmHg, frecuencia respiratoria de 12 a 18 x', saturación de oxígeno de 95 a 100 %, y la frecuencia cardiaca de 60 a 100 latidos x').

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES

- El COVID-19 es una enfermedad causada por el SARS CoV-2 altamente contagioso, con una tasa de letalidad entre baja y moderada, dependiendo de las comorbilidades y la situación geográfica que se encuentre. Pareciera que esta enfermedad golpea más fuerte a los sistemas de salud que a los individuos, teniendo como resultado el colapso en los centros de atención de las regiones más afectadas, lo cual a su vez contribuye con un retraso en la atención primaria a los pacientes.

- El cuidado brindado al paciente R.V.S. con diagnóstico médico de COVID – 19 en estado crítico, se realizó en el servicio de emergencia desde su ingreso hasta su referencia al servicio de Unidad de Cuidados Intensivos, los cuidados brindados fueron los considerados en el plan de cuidados, el paciente tuvo al inicio evolución desfavorable y según el reporte posterior su evolución fue favorable. El paciente R.V.S egreso del hospital regional de loreto con las fusiones vitales dentro de los rangos normales: Presión arterial 120/70 mmHg, frecuencia cardiaca de 76 por minuto, frecuencia respiratoria 24 x' y saturación de oxígeno 96%.

- El proceso de atención de enfermería (PAE), permitió identificar e intervenir en los siguientes diagnósticos de enfermería:
 - (00032) Patrón respiratorio ineficaz R/C proceso inflamatorio bronquial E/P incremento de la frecuencia respiratoria por minuto (44 por minuto) y saturación baja (44%)
 - (00004) riesgo de infección R/C procedimientos invasivos
 - (00091) Deterioro de la movilidad en la cama R/C tratamientos de ventilación mecánica y sedación E/P imposibilidad de realizar higiene personal
 - (00047). Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C disminución de la movilidad
 - (00205) Riesgo de shock hipovolémico R/C hipoxemia.

- Utilizando un plan de cuidados estandarizados, se logró cumplir con los objetivos propuestos para el cuidado y permitió garantizar calidad asistencial.
- Se estableció un correcto lenguaje enfermero lo que favoreció la comunicación con ellos y la profesionalidad enfermera: Disminuyendo el estrés psicológico por aislamiento familiar y permanencia en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Respecto a mi experiencia personal en el cuidado a los pacientes con diagnóstico de COVID – 19, en el servicio de Unidad de Cuidados intensivos, fue una experiencia deprimente y frustrante al ver como los pacientes luchaban por sus vidas, al mismo instante la desesperación de los familiares por buscar oxígeno medicinal (ya que el oxígeno era un pilar en el tratamiento) y no poder hacer algo más por ellos.
- El hospital no contaba con una infraestructura adecuada para atender a toda esta demanda de pacientes que llegaban diariamente por una atención y muchos de ellos fallecían en la puerta del hospital porque no se tenía ambientes disponibles, otros fallecían en el pasillo de emergencia esperando una atención médica o de enfermería, y esperando una cama para poder hospitalizarse.
- El personal asistencial era insuficiente porque la mayoría había sido contagiada por el COVID – 19 y muchos de ellos ya habían fallecido en la lucha por salvar vidas. Cada día que pasaba eran de tristeza, llanto y miedo; la farmacia del hospital estaba desbastecida por lo que los pacientes que atendimos no recibían un adecuado tratamiento y penosamente fallecían. La gran mayoría de pacientes necesitaban un ventilador mecánico, pero estos eran insuficientes. Al ingresar al hospital en todo momento usábamos nuestro equipo de protección personal (EPP) completo para proteger y salvaguardar nuestra salud, siendo nuestra principal función de inicio la higiene, confort y tratamiento según

indicaciones médicas. Fueron días muy difíciles, pero también lleno de aprendizaje personal y profesional.

- Se decidió hacer el estudio de caso con el paciente: R.V.S de sexo masculino, 43 años, porque aceptó participar previo consentimiento informado, antes de la intubación y sedación, se ejecutaron todas las actividades programadas según el NIC y evaluadas según el NOC, el paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta.

CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES

- Al Hospital Regional de Loreto, fortalecer el sistema de supervisión de los servicios asistenciales y sobre todo al servicio de emergencia, para redistribución de recursos humanos e insumos y materiales para el cuidado de calidad.
- Al personal de enfermería aplicar el proceso de atención de enfermería en el cuidado al paciente en emergencia.
- A la Facultad de enfermería enfatizar e incidir en la enseñanza del proceso de atención de enfermería, para generar destreza en el manejo de diagnósticos y taxonomía II de la NANDA.
- El personal de salud cumplir con las medidas de bioseguridad y sobre todo al personal de enfermería quien permanece las 24 horas del día al cuidado del paciente.
- A la población en general cumplir con las medidas de protección: uso de mascarilla, distanciamiento social, uso de protector facial y lavado de manos, para evitar contagiarse o contagiar a otras personas.

CAPÍTULO VII: FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Escobar G, Matta J, Ayala R, Amado J. Características clínico epidemiológicas de pacientes fallecidos por covid-19 en un hospital nacional de Lima, Perú. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2020 Abr [citado 2021 Ene 13]; 20 (2): 180-185. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-5312020000200180&lng=es. <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i2.2940>
2. Agencia EFE. La COVID-19 puede haber contagiado al 93 % de Iquitos, en Perú, según un estudio. EFELima21 jul. 2020 <https://www.efe.com/efe/espana/sociedad/la-covid-19-puede-haber-contagiado-al-93-de-iquitos-en-peru-segun-un-estudio/10004-4301567>
3. Elizalde GJJ et al. Guía para la atención del paciente crítico con infección por COVID-19. Colegio mexicano de Medicina Crítica. doi: 10.35366/93279 <https://dx.doi.org/10.35366/93279>
4. Murthy S. Atención del paciente con COVID-19 en la unidad de cuidados intensivos <http://www.elhospital.com/temas/Asi-trabajan-las-UCI-durante-la-pandemia-por-COVID-19+134085>
5. Allande R, et al. El cuidado humanizado en la muerte por COVID-19: a propósito de un caso. Enferm Clin. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.018>
6. Plasencia-Urizarri T M., Aguilera R, Almaguer-Mederos L. Comorbidities and clinical severity of COVID-19: systematic review and meta-analysis. Rev haban cienc méd [Internet]. 2020 [citado 2020 Sep 01]; 19(Suppl 1): e3389. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000400002&lng=es. Epub 10-Jun-2020.

7. Rodríguez A, et al. Infección grave por coronavirus SARS-CoV-2: experiencia en un hospital de tercer nivel con pacientes afectados por COVID-19 durante la pandemia 2020. Med Intensiva. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.05.018>
8. Pérez M Ramón Gómez J J, Dieguez R A. Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. Rev haban cienc méd [Internet]. 2020 Abr [citado 2020 Sep 21]; 19(2): e3254. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000200005&lng=es. Epub 22-Abr-2020.
9. Diaz-Castrillón F.J, Toro-Montoya A.I. SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia SARS-CoV-2/COVID-19: The virus, the disease and the pandemic. Volumen 24, Número 3, 2020 <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096519/covid-19.pdf>
10. Lemos D M. Pacientes atendidos en pandemia Covid-19 en el Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias" Hospital COVID 19, abril a junio 2020 - rotaciones: 10 Cirugía COVID (4to Piso) Hospitalización, 20 Medicina B (2do Piso), 30 Uci Extendida (2do Piso). Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Facultad de Medicina Humana. Escuela de Formación Profesional de Medicina Humana. Iquitos. Perú. 2020
11. Amaro M. Significado del cuidado de enfermería en las enfermeras del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. EsSalud. Lima - Perú. 2003 [Internet]. 2004. Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.12672/1324_22.
12. Báez-Hernández FJ, Nava-Navarro V, Ramos-Cedeño L, Medina-López O. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Aquichan [Internet]. 2009;9(2):127–34. Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1476/1676>
13. Miramira L. Percepción del adulto mayor sobre los cuidados de enfermería en los servicios de medicina en una institución de salud-Minsa [Internet]. 2015. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/4336>

14. Mármol I. Cuidados de enfermería y percepción del paciente tras la informatización de las consultas en una zona básica de salud. Universidad Cardenal Herrera CEU. Departamento de ciencias biomédicas. Valencia. 2013.
[https://repositorioinstitucional.ceu.es/bitstream/10637/5722/1/Marmol%20L%c3%b3pez%2c%20Mar%c3%ada%20Isabel Tesis Cuidados%20de%20enfermer%c3%ada%20y%20percepcci%c3%b3n%20del%20paciente%20tras%20la%20informatizaci%c3%b3n%20de%20las%20consultas%20en%20una%20zona%20b%c3%a1sica%20de%20salud.pdf](https://repositorioinstitucional.ceu.es/bitstream/10637/5722/1/Marmol%20L%c3%b3pez%2c%20Mar%c3%ada%20Isabel%20Tesis%20Cuidados%20de%20enfermer%c3%ada%20y%20percepcci%c3%b3n%20del%20paciente%20tras%20la%20informatizaci%c3%b3n%20de%20las%20consultas%20en%20una%20zona%20b%c3%a1sica%20de%20salud.pdf)
15. Tafur E A. Cuidados de Enfermería en paciente adulto mayor infectado con COVID – 19 en el servicio de Medicina sala 3 -1 COVID del Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara. Callao. 2020. Trabajo académico de segunda especialidad profesional de enfermería en Gerontología y Geriatría. Universidad Nacional del Callao. Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería. Perú. 2020.
<http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/UNAC/5471/TAFUR%20CHAVEZ%20FCS%202DA%20ESPEC%202020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Plazas L. Cuidados básicos de Enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos. 28/12/2018. Enfermería Buenos Aires. Argentina. 2018
<https://enfermeriabuenosaires.com/uti-descripcion-completa>
17. Dirección Enfermería Hospital Obispo Polanco. Presentación Unidad Enfermería de la UCI
<http://www.opolanco.es/documentos/enfermeria/unidad-de-enfermeria-de-UCI.pdf>
18. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia (INEPEO). Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Rev. Salud Pública Parag. 2013; Vol. 3 No 1; Enero-Julio 2013. Asunción – Paraguay. 2013
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964686/41-48.pdf>

19. Hernández Y, Fernández I, Henríquez D, Lorenzo Y. Proceso de atención de enfermería: estrategias para la enseñanza-aprendizaje. Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm. 2018; 8(2):46-53.
<https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/280/proceso-de-atencion-de-enfermeria-estrategias-para-la-ensenanza-aprendizaje/>
20. Ministerio de Salud. NTS N° 160-MINSA/2020 Norma técnica de salud para la adecuación de la organización de los servicios de salud con énfasis en el primer nivel de atención de salud frente a la pandemia por COVID – 19 en el Perú.
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/725317/NTS_160-2020-MINSA_Adecuacion_SS_PNAS.pdf
21. Bolívar F. R. Cuidado de enfermería en paciente con diabetes mellitus 2 descompensada servicio emergencia. Hospital de Apoyo de Puquio – Ayacucho, junio 2017. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Facultad de Enfermería. Unidad de segunda especialidad. Arequipa. Perú. 2017.
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2733/ENSboorfr.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Aguilar García C. R. Martínez Torre C. La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. Med Crit 2017;31(3):171-173. México. 2017
<https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2017/ti173k.pdf>
23. Hospital Regional de Loreto. Reglamento de Organización y Funciones (ROF). Ordenanza Regional N° 008-2016-GRL-CA. Iquitos. Perú. 2016
24. Gobierno Regional de Loreto. Resolución ejecutiva regional N° 115 – 2020-GRL-GR. Se reconoce como Hospital Regional de Atención COVID – 19 de la región Loreto al Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias”. Iquitos. Perú 2010.

ANEXOS

ANEXO N° 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE EN EL TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

DATOS GENERALES:

Institución:

N° de Historia Clínica:67753

Fecha: 13/04/2020

Código:.....

Estimado (a) Sr. (a), buenos días (tardes), mi nombre es: Candy Talía Panduro Revilla, egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, actualmente estoy realizando un trabajo de suficiencia profesional sobre Cuidado de enfermería al paciente con COVID - 19 en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional de Loreto. Para ello le invito a participar voluntariamente en la presente investigación, la cual será de mucha importancia para el estudio.

El propósito de la investigación es, brindar cuidado de enfermería con base al PAE para el control del paciente con COVID -19 en la Unidad de Cuidados Intensivos. El procedimiento consiste en brindarle cuidado a su salud en el servicio de emergencia.

Riesgos, en ningún momento se afectará su integridad física ni moral.

Beneficios, su participación proporcionará valiosa e importante información que ayudará al personal de salud a utilizar nuevas estrategias para brindar un cuidado de calidad.

Privacidad, la información que usted nos proporcione será tratado por el investigador con mucha reserva y será anónima, se guardará su información a través de códigos y no con nombres, si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio, sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Costos e incentivos, usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar con el presente estudio.

Derechos del paciente, si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno, si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al investigador.

Acuerdo:

He leído la información proporcionada páginas arriba, realicé todas las preguntas que tengo en este momento.

Acepto voluntariamente participar en este estudio de investigación

05390185

15/04/2020

----- Fecha: -----

N° DNI

Revocatoria:

He leído la información proporcionada páginas arriba, realicé todas las preguntas que tengo en este momento.

No Acepto participar en este estudio de investigación

----- Fecha: -----

N° DNI

----- Fecha: -----

N° DNI

Investigador

ANEXO N° 02

CUADRO DE DIAGNÓSTICOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN Y PLANIFICACIÓN DEL CUIDADO

DATOS SUBJETIVOS Y OBJETIVOS	DOMINIO Y CLASE	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
<p>Datos subjetivos: Paciente refiere: me siento mal tengo fiebre, tos, dolor de cabeza, diarrea y hace tres días siento que me falta la respiración ya no puedo hablar.</p> <p>Datos objetivos: Spo2: 44% T°: 39°C</p>	<p>Dominio 4: Actividad/reposo.</p> <p>Clase 4: Respuestas cardiovasculares/ Pulmonares.</p>	<p>Las personas con problema de dificultad para recibir oxígeno en cantidad suficiente y expulsar el dióxido de carbono del cuerpo, y que les falte el aire. Pueden presentar una patología por SDRA que esta afección hace que la persona debe recibir oxígeno adicional y en condición más grave necesitarán ayuda de un ventilador mecánico. El covid – 19 presenta complicaciones que llevan a tener dificultad respiratoria y SDRA. Puede haber lesión pulmonar, como neumotórax (colapso de una parte o de la totalidad de uno o ambos pulmones. Normalmente, esto mejora o se resuelve con el tiempo, a medida que la persona se recupera. Puede haber daño a los órganos principales (riñón, corazón, hígado, cerebro, sangre) debido a los efectos de infecciones graves o a la falta de oxígeno que ingresa en todo el cuerpo. A veces,</p>	<p>Patrón respiratorio ineficaz R/C proceso inflamatorio bronquial E/P incremento de la frecuencia respiratoria por minuto (44 por minuto) y saturación baja (44%).</p>

		<p>El daño a cualquiera de estos órganos principales puede ser muy grave y requerir tratamientos adicionales. El SDRA es un problema médico grave, y a veces fatal, Algunas personas se recuperan en un período breve, mientras que otras tardan semanas o meses en recuperarse. Los altibajos de esta enfermedad crítica pueden parecer una “montaña rusa emocional” para los pacientes, familiares y amigos.</p>	
--	--	--	--

DATOS SUBJETIVOS Y OBJETIVOS	DOMINIO Y CLASE	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
<p>Datos subjetivos: Paciente no refiere.</p> <p>Datos objetivos: Paciente con tubo endotraqueal y catéter venoso central.</p>	<p>Dominio11: Seguridad y protección</p> <p>Clase 1: Riesgo de infección</p>	<p>Los procedimientos que realizan el personal médico y de enfermería son de conocimiento amplio y de técnica, el personal está capacitado en la asistencia para el paciente. Por lo tanto, es responsabilidad de todo el equipo multidisciplinario de los servicios clínicos, trabajar en forma coordinada y procurar a los pacientes los cuidados pertinentes, minimizando así las posibles complicaciones y/o eventos adversos derivados de estos procedimientos, lo que hace necesario considerar la necesidad de protocolizar el manejo seguro de estos procedimientos. Se recomienda el uso de doble guante, tras llevar a cabo la intubación y la manipulación de la vía aérea. Asegurar la adecuada protección de los materiales y la limpieza posterior de todo el material no desechable empleado. Si se realiza ventilación mecánica, el material utilizado será preferentemente desechable. El material utilizado será el imprescindible para su atención, para su uso individual y específico, y</p>	<p>Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos. (00004)</p>

		<p>para ese paciente, y el equipamiento utilizado no desechable deberá ser limpiado y desinfectado según las recomendaciones de los servicios de equipos de prevención y control de la infección. Dentro de las medidas esenciales de las “Precauciones estándar” se incluyen: Higiene de manos, uso de guantes, uso de elementos de protección personal (EPP) Cuidados para el manejo del ambiente y de la ropa. con la finalidad de evitar riesgos y complicaciones relacionadas con la seguridad del paciente.</p>	
--	--	---	--

DATOS SUBJETIVOS Y OBJETIVOS	DOMINIO Y CLASE	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
<p>Datos subjetivos: Paciente sedado.</p> <p>Datos objetivos: Falta de higiene y confort.</p>	<p>Dominio 4: Actividad / reposo .</p> <p>Clase 2: Actividad y ejercicios</p>	<p>Los cuidados relacionados con la higiene son actividades fundamentales características del rol que desempeñan los profesionales de enfermería, son altamente valorados por los pacientes de las unidades de cuidado intensivo y son indicadores que influyen en la percepción de la calidad de la atención por parte del personal. La higiene del paciente es una intervención que tiene como objetivos proporcionar bienestar y comodidad, a la vez que actúa como una medida preventiva contra las infecciones. Las intervenciones orientadas a cubrir la necesidad de higiene brindan un contexto adecuado para que los profesionales de enfermería valoren al paciente en aspectos como estabilidad de la condición clínica, cambios en el estado de la piel y en la cavidad oral, permeabilidad de la vía aérea, nivel de dependencia, movilidad, estado nutricional, patrón de sueño y experiencias de dolor. Mientras se brinda este cuidado, el profesional de enfermería debe preservar la independencia</p>	<p>Deterioro de la movilidad en la cama R/C tratamientos de ventilación mecánica y sedación E/P imposibilidad de realizar higiene personal. (00091)</p>

		<p>del paciente, asegurar su intimidad, mostrarle respeto, de esta manera se contribuye a la comodidad, la seguridad, el bienestar y la dignidad del individuo. El Objetivo es Satisfacer las necesidades de higiene y confort del paciente durante su hospitalización, Mejorar la calidad de vida de la persona que lo recibe, así como el estado de su piel, Activar la circulación sanguínea. Evitar las enfermedades de la piel más comunes, manteniendo una adecuada higiene de la piel del paciente en estado de sedación;</p>	
--	--	--	--

DATOS SUBJETIVOS Y OBJETIVOS	DOMINIO Y CLASE	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
<p>Datos subjetivos: falta de respiración</p> <p>Datos objetivos: Spo2 44%</p>	<p>Dominio 11: Seguridad/ protección.</p> <p>Clase 1: Infección</p>	<p>Las complicaciones de las situaciones de inmovilidad y su manejo adecuado constituye un indicador de calidad asistencial. Presión; es la fuerza ejercida por unidad de superficie perpendicular a la piel; debido a la gravedad, provoca aplastamiento tisular que ocluye el flujo sanguíneo con posterior hipoxia de los tejidos y necrosis si continúa. Representa el factor de riesgo más importante. La Fricción Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces por movimiento o arrastre. De pinzamiento vascular Combina los efectos de presión y fricción; por ejemplo, la posición de Fowler que provoca presión y fricción en sacro. Los Factores de riesgo fisiopatológicos. Al no realizar las actividades normales de las prominencias Oseas del cuerpo nos lleva a tener un deterioro de la piel que se presenta con laceraciones en zonas prominentes. El objetivo consiste en mantener y mejorar la tolerancia tisular a la presión para prevenir una lesión. Se debe realizar: Inspección</p>	<p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C disminución de la movilidad. (00047)</p>

		<p>sistemática de la piel una vez al día por lo menos. Reducir al mínimo la fricción y rozamiento mediante técnicas adecuadas de posición. Mejorar la movilidad. Ejercicios pasivos y activos que incluyen desplazamiento para disminuir la presión sobre prominencias óseas. Deben realizarse cambios posturales cada dos horas.</p>	
--	--	---	--

DATOS SUBJETIVOS Y OBJETIVOS	DOMINIO Y CLASE	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
<p>Datos subjetivos: paciente sedado.</p> <p>Datos objetivos: Spo2 44%</p>	<p>Dominio 11: Seguridad /protección</p> <p>Clase 2: Lesión física.</p>	<p>Un <u>shock</u> hipovolémico es una afección de emergencia en la cual la pérdida grave de sangre o de otro líquido hace que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo. Este tipo de shock puede hacer que muchos órganos dejen de funcionar. El shock es un estado clínico de insuficiencia circulatoria que se caracteriza por un suministro o utilización de oxígeno deteriorado a nivel celular. Las características básicas del shock generalmente consisten en hipotensión sistémica (presión arterial sistólica <90 mmHg o presión arterial media <65 mmHg), hipoperfusión de órganos y metabolismo anormal del oxígeno celular. Entre el 5% y el 10% de los pacientes infectados con el virus SARS-CoV-2 requieren ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI). El choque es una situación de hipoperfusión tisular generalizada en la cual el aporte de oxígeno a nivel celular resulta inadecuado para satisfacer las demandas metabólicas. La hipoxemia es un nivel de oxígeno en sangre inferior al normal, específicamente en las arterias. La hipoxemia es signo de un problema relacionado con la</p>	<p>Riesgo de shock hipovolémico R/C hipoxemia. (00205)</p>

		<p>respiración o la circulación, y puede provocar diversos síntomas, como dificultad para respirar. Para evaluar la presencia de hipoxemia, se mide el nivel de oxígeno en una muestra de sangre extraída de una arteria (gasometría arterial). También se puede determinar su presencia midiendo la saturación de oxígeno en sangre por medio de un pulsioxímetro (un dispositivo pequeño que se coloca en un dedo).</p>	
--	--	---	--

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES	EVALUACIÓN
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS Y/O RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)		
<p>Patrón respiratorio ineficaz R/C proceso inflamatorio bronquial E/P incremento de la frecuencia respiratoria por minuto (44 por minuto) y saturación baja (44%). (00032)</p>	<p>Contribuir a mejorar el patrón respiratorio del paciente.</p> <p>(0411) Respuesta de la ventilación mecánica: adulto.</p> <p>(0403) Estado respiratorio: ventilación.</p>	<p>(3180) manejo de las vías aéreas: mantenimiento de tubos endotraqueales de cánulas de traqueostomía y prevención de complicaciones asociadas con su utilización.</p> <p>(3300) manejo de la ventilación: ayudar a un paciente a recibir un soporte respiratorio artificial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vigilar frecuencia y ritmo y profundidad y esfuerzo de las respiraciones. ▪ Mantener las vías permeables. ▪ Monitorear las funciones vitales del paciente. 	<p>Se logró mantener las vías aéreas con oxigenación adecuada.</p>

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES	EVALUACIÓN
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS Y/O RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)		
Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos. (00004)	<p>Contribuir a controlar el riesgo de infección.</p> <p>Vigilar y controlar los procedimientos invasivos.</p> <p>(1902) control de riego.</p> <p>(01908) detección del riesgo.</p>	<p>(6550) Protección contra las infecciones.</p> <p>(4220) cuidados del catéter central insertado periféricamente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Protección contra las infecciones en los procedimientos invasivos que se realiza. ▪ Cuidados de catéter central y el tubo endotraqueal insertado periféricamente. ▪ Cuidados circulatorios de los dispositivos de ayuda a la ventilación mecánica. 	Se logró realizar los procedimientos invasivos sin ningún riesgo a alguna infección.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES	EVALUACIÓN
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS Y/O RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)		
Deterioro de la movilidad en la cama R/C tratamientos de ventilación mecánica y sedación E/P imposibilidad de realizar higiene personal. (00091)	Contribuir a la seguridad, higiene y confort del individuo. (0204) consecuencia de la inmovilidad: fisiológica.	(0840) Cambio de la posición, enseñanza: actividad / ejercicio prescrito. (0140) fomento de los mecanismos corporales.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Satisfacer la necesidad higiene y confort. ▪ Realizar la técnica de masajes en todo el cuerpo para disminuir el dolor. 	Se logró que el paciente tenga una buena higiene y confort durante la estancia hospitalaria.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES	EVALUACIÓN
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS Y/O RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)		
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C disminución de la movilidad. (00047)	Evitar el riesgo de infección por úlceras por presión (0422) perfusión tisular. (1101) Contribuir a la integridad tisular piel y membranas mucosas.	3520: cuidados de las úlceras por presión. 0840: cambio de la posición.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuidados de las úlceras por presión. ▪ Cambio de la posición. ▪ Curación de herida. 	Se logró disminuir las úlceras por presión por medio del cuidado integral de enfermería.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES	EVALUACIÓN
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS Y/O RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)		
Riesgo de shock hipovolémico R/C hipoxemia. (00205)	Contribuir a evitar el bajo nivel de oxígeno en la sangre. (0401) estado circulatorio. (0403) estado respiratorio: ventilación; movimiento de entrada y salida del aire en los pulmones.	(4250) manejo del shock hipovolémico.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vigilar si presenta hemorragias y así prevenir un shock hipovolémico. ▪ Monitorización de los signos vitales. ▪ Monitorización de saturación de oxígeno. 	Se logró un control del manejo del shock hipovolémico.