FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON COVID-19 Y TUBERCULOSIS MILIAR EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO IQUITOS 2020

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

JUAN ALBERTO TEAGUA VELA

ASESORA:

Lic. Enf. HAYDEE ALVARADO CORA, Dra.

IQUITOS, PERÚ

2021

ACTA DE SUSTENTACIÓN DEL TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL Nº 006-FE-UNAP-2021

En Iquitos, en el auditorio de la Facultad de Enfermería a los 24 días del mes de setiembre del 2021, a las 14:00 horas; se dió inicio a la sustentación pública del Trabajo de Suficiencia Profesional titulado: "**CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON COVID-19 Y TUBERCULOSIS MILIAR EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO IQUITOS 2020",** aprobado con Resolución Decanal Nº 282-2021-FE-UNAP, presentado por el Bachiller: Juan Alberto TEAGUA VELA, 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° 175-2020-FE-UNAP, está integrado por:

Lic. Enf. Juanita de Fátima TEJADA DE NAVARRO, Dra.	**Presidenta**
Lic. Enf. Rossana TORRES SILVA, Dra.	**Miembro**
Lic. Enf. Zulema ORBE GAVIOLA DE MIRANDA, Mgr.	**Miembro**

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 .....Buena.....

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

Siendo la (s) .....4.10 pm..... se dio por terminado el acto con .....Felicitaciones..... a la (el) sustentante.

Lic. Enf. Juanita de Fátima TEJADA DE NAVARRO, Dra.
Presidenta

Lic. Enf. Rossana TORRES SILVA, Dra.
Miembro

Lic. Enf. Zulema ORBE GAVIOLA DE MIRANDA, Mgr.
Miembro

Lic. Enf. Haydee ALVARADO CORA, Dra.
Asesora

JURADO

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL APROBADO EN SUSTENTACIÓN PÚBLICA EL 24 DE 09 DEL 2021 EN LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, EN LA CIUDAD DE IQUITOS PERÚ.

Lic. Enf. JUANITA DE FÁTIMA TEJADA DE NAVARRO, Dra.
PRESIDENTA

Lic. Enf. ROSSANA TORRES SILVA, Dra.
MIEMBRO

Lic. Enf. ZULEMA ORBE GAVIOLA DE MIRANDA, Mgr.
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.

JUAN ALBERTO

AGRADECIMIENTO

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

A los docentes miembros del Jurado Calificador, conformado por: Lic. Enf. Juanita de Fátima Tejada Gástelo, Dra. (Presidenta), Lic. Enf. Rossana Torres Silva, Dra. (Miembro) y Lic. Enf. Zulema Orbe Gaviola de Miranda, Mgr. (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 este trabajo de suficiencia profesional.

A nuestros profesores de la Facultad de Enfermería, por sus enseñanzas que han contribuido en el desarrollo de nuestra 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	5
1.1. Antecedentes	5
1.2. Bases teóricas	7
1.3. Definición de términos básicos	21
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	25
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	26
3.1. Diseño metodológico	26
3.2. Recolección y procesamiento de datos	26
3.3. Aspectos éticos	27
CAPÍTULO IV: SUFICIENCIA PROFESIONAL	29
4.1. Descripción del área donde realizó las actividades profesionales	29
4.2. Descripción del cargo y funciones de responsabilidad	30
4.3. Desarrollo de la suficiencia profesional o situación de caso clínico	32
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES	56
CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES	58

CAPÍTULO VII: FUENTES DE INFORMACIÒN 59

ANEXO:

1. Consentimiento Informado
2. Guía de PAE

RESUMEN

El trabajo de suficiencia profesional tuvo como objetivo brindar cuidado de enfermería a través del proceso de atención de enfermería (PAE), para contribuir en la recuperación de la salud del paciente con COVID -19 y Tuberculosis Miliar, hospitalizado en el servicio de Infectología del Hospital Regional de Loreto. La metodología empleada fue el descriptivo, de tipo estudio de caso; 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 disnea e/p frecuencia respiratoria de 40x' y SpO_2 94%, FC: 100x', (00133) Dolor crónico r/c incapacidad física crónica e/p Informes verbales de dolor, (00091) Deterioro de la movilidad en la cama r/c tratamientos de ventilación mecánica y sedación e/p imposibilidad de realizar higiene personal, (00004) Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos., (00146) Ansiedad r/c estado de salud e/p irritabilidad e intranquilidad. Las intervenciones de enfermería y del equipo de salud, así como el tratamiento farmacológico permitieron la recuperación del paciente, dado de alta el 19 de Junio del 2020.

Palabras claves: COVID – 19, Proceso de Atención de Enfermería, Cuidado de enfermería, Tuberculosis Miliar

ABSTRACT

The objective of the professional sufficiency work was to provide nursing care through the nursing care process (PAE), to contribute to the recovery of the health of the patient with COVID-19 and Miliary Tuberculosis, hospitalized in the Infectology service of the Hospital Loreto Regional. The methodology used was descriptive, case study type; Nursing care was provided based on the NANDA Taxonomy II Taxonomy II nursing care, 5 nursing diagnoses were identified: (00032) Ineffective respiratory pattern r / c dyspnea e / p respiratory rate of 40x 'and SpO2 94%, HR: 100x ', (00133) Chronic pain r / c chronic physical disability e / p Verbal reports of pain, (00091) Impaired mobility in bed r / c mechanical ventilation and sedation treatments e / p inability to perform hygiene personal, (00004) Risk of infection r / c invasive procedures., (00146) Anxiety r / c health status e / p irritability and restlessness. The nursing and health team interventions, as well as the pharmacological treatment allowed the recovery of the patient, discharged on June 19, 2020.

Keywords: COVID-19, Nursing Care Process, Nursing Care, Miliary Tuberculosis

INTRODUCCIÓN

La nueva enfermedad asociada al coronavirus, originada en China en 2019 y denominada enfermedad de coronavirus 2019 (COVID-19). Se caracteriza por su contagio directo, aparición de neumonía grave y peor evolución en adultos mayores o pacientes con comorbilidades como hipertensión, obesidad, diabetes o inmunosupresión, y por su rápida diseminación en el mundo, siendo considerada pandemia por la Organización Mundial de la Salud el 11 de marzo del 2020. [1]

Su incremento sostenido en el número de casos a nivel mundial, su distribución en los 5 continentes con más de 1.9 millones de casos, 121 mil muertes y más de 185 países del mundo, ha implicado para los diferentes gobiernos una coyuntura económica, social, política y una crisis para los sistemas de salud, lo cual ha obligado a tomar medidas excepcionales del confinamiento y aislamiento de la población, el fortalecimiento de la infraestructura de los sistemas de salud, entre otras, que mitigue el grave impacto de esta pandemia en la población hecho sin precedentes en la historia reciente de la humanidad. [2]

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. [3]

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. [3]

Así mismo, en el 2020, el Perú fue considerado el sexto país del mundo y el segundo de Latinoamérica con más casos de COVID-19 al acumular 357.681 contagios y 13.384 muertos, aunque se estimó que la cifra pudo ser el triple si se suman los fallecidos sospechosos de coronavirus. [4]

La ciudad de Iquitos, (Perú), uno de los epicentros de la pandemia en Latinoamérica, el 93% de la población puede haberse contagiado de la COVID-19, basado en un estudio de prevalencia de la enfermedad con 715 pruebas rápidas, en la que reporta que nueve de cada diez presentaban anticuerpos para virus SARS-CoV-2, lo que extrapolado a toda la ciudad pueden alcanzar a unas 384.000 personas de los 413.000 habitantes que tiene Iquitos, capital de la región Loreto. Los contagios se dieron más en mujeres, pues el 73 % de ellas pasó la infección, frente al 58 % de los hombres. La COVID-19 irrumpió cuando la ciudad estaba saliendo de un fuerte brote de Dengue que afectó a toda la Amazonía. El pico de contagios de coronavirus se dio entre abril y mayo con el colapso de sus hospitales, ante una oleada de pacientes que llegaba diariamente a sus puertas y agonizaban a la espera de ser atendida. [4]

Por su parte la Tuberculósis (TB) es una de las epidemias de más larga data en la historia de la humanidad y que hoy en día, permanece dentro de las diez primeras causas de mortalidad en la población global; acorde a la OMS, en su último reporte del año 2019, se estimó un total de 10 millones de enfermos, 1,2 millones de muertes y cerca de 0.48 millones de casos de TB resistente a fármacos anualmente. También cerca de 1,1 millón de niños y niñas enfermos, 0.9 millón de casos de TB en personas con el virus del VIH, y 22 mil casos de TB en trabajadores de la salud, lo cual representa un desafío ante la actual emergencia sanitaria internacional.[2]

En respuesta a la situación del COVID-19 en el mundo y considerando la tuberculosis como un evento priorizado en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la OMS recomendó a los países del mundo, asegurar y mantener los servicios requeridos y especiales que demandan las personas afectadas por Tuberculosis (TB), impartiendo directrices a los Programas Nacionales de Prevención y Control de la Tuberculosis; de articular y participar activamente, para generar una respuesta efectiva y coordinada de lucha contra ambos padecimientos, y considerando que, la infección por COVID-19 en personas con enfermedades pulmonares tales como la Tuberculosis pueden desencadenar en el empeoramiento de la situación del control de esta enfermedad, ante posibles incrementos en términos de morbimortalidad en la población. [2]

En nuestro medio, no se dispone hasta el momento de estudios que identifiquen las condiciones que hacen que un paciente con COVID – 19 y Tuberculosis Miliar, ingrese a un servicio de hospitalización y el cuidado que requiere.

Cabe mencionar que una pandemia 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 sobre todo en los servicios de atención inmediata como es emergencia.

En ese contexto, es fundamental que el profesional de enfermería brinde cuidados de enfermería con énfasis en prevención y detección precoz de complicaciones con el equipo de salud y valorar la respuesta del paciente al tratamiento frente al coronavirus.

Teniendo en cuenta la situación actual del paciente se elabora el presente trabajo de suficiencia profesional para dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación, ¿Los cuidados de enfermería basados en el proceso de atención de enfermería según la NANDA, contribuyen en la recuperación del paciente con COVID – 19 y Tuberculosis Miliar?, con el objetivo de brindar cuidado de enfermería a través del proceso de atención de enfermería (PAE) para contribuir en el restablecimiento de su salud. El tipo de estudio fue el

descriptivo, de tipo estudio de caso, en un paciente con diagnóstico médico COVID – 19 y Tuberculosis Miliar, de 45 años de edad, sexo masculino, hospitalizado en el servicio de observación infectología del Hospital Regional de Loreto, el 26 de Mayo del 2020, en donde es captado para el estudio de caso.

El trabajo consta de la siguiente estructura: Introducción, Capítulo I: Marco teórico (antecedentes, bases teóricas, definición de términos básicos), Capítulo II: Marco referencial (Descripción de la empresa o institución laboral), ubicación, actividad, misión y visión), Capítulo III: Metodología (Diseño metodológico, recolección y procesamiento de datos, aspectos éticos), Capítulo IV: Suficiencia profesional (Descripción del área donde realizó las actividades profesionales, descripción del cargo y funciones de responsabilidad, desarrollo de la suficiencia profesional o situación de caso clínica), Capítulo V: Conclusiones, Capítulo VI: Recomendaciones, Capítulo VII: Fuentes de información y Anexos: Consentimiento informado, Guía de PAE y Formato de Atención integral del Adulto.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes

En el 2020, se realizó una investigación retrospectiva, no intervencional, de los casos de TB (activa o secuelas radiológicamente visibles) asociada a COVID-19 registrados entre el 1° de marzo y el 30 de junio de 2020 en los Hospitales Muñiz/Instituto Vacarezza (Pabellón Koch), Ramos Mejía, Elizalde, Julio Méndez y Piñero, en 23 casos (4 pediátricos). La investigación determinó que la edad promedio de los adultos fue de 36,9 años; 78% sexo masculino; 57% fueron extranjeros y 74% pertenecían barrios vulnerables, la incidencia de TB entre los pacientes COVID-19 fue tan alta como 1635/100 000. La radiología de las formas pulmonares de TB mostró el predominio de imágenes cavitarias; en cuanto a la infección por SARS-CoV-2 se hallaron opacidades en vidrio esmerilado a predominio periférico y consolidaciones. El 65% de los casos no tenía diagnóstico de TB y éste fue efectuado a partir de imágenes radiológicas compatibles, confirmadas luego por la bacteriología. Las comorbilidades más frecuentes fueron las adicciones (tabaquismo y drogas ilícitas) y el VIH. La tuberculosis fue tratada con el esquema estándar, aunque se emplearon drogas de segunda línea en los casos de reacciones adversas graves (4 pacientes) y en los multirresistentes. El trabajo concluyó que se discuten las implicancias de la pandemia por SARS-CoV-2 en la reemergencia de la Tuberculosis en la denominada era “postpandemia”. [5]

En el 2020, se realizó un estudio de tipo revisión bibliográfica a partir de un total de 84 referencias bibliográficas, con el objetivo de describir la relación de la COVID-19 en poblaciones vulnerables, se revisaron 84 referencias bibliográficas de artículos científicos en inglés y español, en formato electrónico, disponibles en las bases de datos PubMed, Scopus, Medline, SciELO, y en el motor de búsqueda Google Académico,

además se exploró en páginas web de los ministerios de salud, OMS, OPS, Infomed y páginas web nacionales e internacionales. Se analizó la calidad, fiabilidad y validez de los artículos seleccionados para realizar una adecuada revisión. El estudio encontró en los diferentes grupos vulnerables evidencia de incremento del riesgo de contagio y a desarrollar estadios graves por infección del SARS-CoV-2, aun no existe un consenso en cuanto al manejo y tratamiento de la COVID-19 en adultos mayores, personas con comorbilidad e imnunosuprimidos. El trabajo concluyó que las poblaciones vulnerables se verán más afectados por esta pandemia, es indispensable el desarrollo de políticas en salud equitativas e igualitarias en estos colectivos. [6]

En el 2019, se desarrolló un estudio de caso de tipo observacional, descriptivo, bibliográfico y analítico, con el objetivo de aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en paciente adolescente con Tuberculosis Miliar mediante cuidados, apoyados en la teoría del Cuidado Humanista para mejorar el estado de salud del paciente. El estudio determinó que la Tuberculosis es un dilema para la salud pública ya que durante los últimos 20 años ha ido en aumento indistintamente de la calidad de la población afectada o al tipo de país que pertenezca. La manifestación clínica más común es la Tuberculosis pulmonar; el diagnóstico de la Tuberculosis extra pulmonar es un desafío clínico ya que sus síntomas son inespecíficos, la Tuberculosis intestinal debido a sus signos y manifestaciones clínicas pueden encaminar a una enfermedad inflamatoria intestinal mal diagnosticada. Son necesarios varios estudios diagnósticos con el fin de aportar datos precisos al dar con el tipo de Tuberculosis presente y completar con el tratamiento farmacológico necesario. El estudio concluyó que la mayoría de los casos de Tuberculosis infantil se presentan como extra pulmonares comprometiendo varios órganos del cuerpo además de los campos pulmonares. [7]

1.2. Bases Teóricas

COVID – 19

Definición

El COVID-19 es una infección viral producida por el SARS-CoV-2, que afecta principalmente las vías respiratorias bajas, en los casos severos podría producir una respuesta inflamatoria sistémica masiva y fenómenos trombóticos en diferentes órganos. [8]

Características

El virus del síndrome respiratorio agudo severo tipo-2 (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. Muchos coronavirus de los cuatro géneros mencionados son causantes de enfermedades en animales domésticos, y por lo tanto son principalmente de interés veterinario. Los coronavirus de importancia médica conocidos hasta hoy son siete, y pertenecen a uno de los dos primeros géneros mencionados. Desde el punto de vista eco epidemiológico se pueden clasificar en dos grupos: coronavirus adquiridos en la comunidad (o coronavirus humanos, HCoV) y coronavirus zoonóticos. Los coronavirus humanos circulan libremente en la población de todos los continentes, suelen causar enfermedad respiratoria leve. Se estima que producen entre el 10% y el 30% de los casos de resfriado común. Por el contrario, los coronavirus zoonóticos circulan transitoriamente, pero pueden generar grandes 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 podrían haber sido su fuente para el hombre, ya sea directamente

o a través de un hospedero intermediario; dicho intermediario para el SARS-CoV-2, fue la civeta, un animal silvestre del grupo de los vivérridos, y para el MERS-CoV fue el dromedario. Aún no es claro cuál pudo haber sido el intermediario para el SARS-CoV-2, o si pasó directamente del murciélago al humano.[9]

Estructura viral

Los coronavirus tienen forma esférica o irregular, con un 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. Poseen una cápside de simetría helicoidal, constituida por la proteína de nucleocápside (N). La proteína N es la única presente en la nucleocápside y se une al genoma viral en forma de rosario; se cree 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 (del inglés, spike, o 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. El genoma viral es notable por su extensión de aproximadamente 30 kb con 15 marcos de lectura abiertos (ORFs, del inglés, Open Reading Frames), que le permiten formar hasta 28 proteínas, un número inusualmente elevado para un virus con genoma RNA de cadena simple. [9]

Replicación viral

Al llegar a la célula blanca, 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, del

inglés, Receptor Binding Domain), en tanto que la subunidad S2 contiene el péptido para la fusión a la membrana celular. Luego de su entrada a la célula, mediante la formación de un 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 3' 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 endoplásmico 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]

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 trasformación 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. Por otra parte, se ha observado que el SARS-CoV-2 induce la producción de daño cardiaco agudo e insuficiencia cardiaca, 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 encontró que de 187 pacientes con diagnóstico confirmado de COVID-19, el 27,8% tenía daño

cardiaco asociado a la infección. La alta incidencia observada de síntomas cardiovasculares parece relacionada con la respuesta inflamatoria sistémica. Se sugiere que, en gran parte, la virulencia asociada a la infección por SARS-CoV-2 es debida a su poderosa capacidad de activar una respuesta inmune, con una cascada de citoquinas inflamatorias, como uno de los mecanismos para el daño a nivel de órganos. [9]

Manifestaciones clínicas

El curso de la 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 comunes, fiebre y tos, están presentes en la mayoría de los pacientes, pero no en todos los casos sintomáticos. La fiebre puede ser alta y prolongada, lo que se asocia a desenlace desfavorable. 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 frecuencias muy variables, desde 8% hasta más del 60%, 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. La anorexia se manifiesta en uno de cada cuatro casos, y es más frecuente a partir de la segunda semana de la enfermedad. 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 más comunes de la COVID-19 se menciona la neumonía, presente virtualmente en todos los casos graves, el síndrome de dificultad respiratoria del adulto (SDRA), 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 la disminución en el recuento de plaquetas, han llevado a pensar que la coagulación intravascular diseminada es uno de los fenómenos comunes en los casos graves, por lo que algunos recomiendan anticoagulación temprana. El compromiso de múltiples órganos se expresa por la alteración de las pruebas bioquímicas, como la elevación de las aminotransferasas, deshidrogenasa láctica, creatinina, troponinas, proteína C reactiva y pro calcitonina. [9]

Diagnóstico

El diagnóstico de 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.

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. La muestra del paciente se extrae mediante la toma de un exudado nasofaríngeo y los resultados se obtienen al cabo de 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.

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 más 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]

Tratamiento

Las medidas terapéuticas iniciales a instaurar dependerán en gran medida de la estratificación en cuanto a la gravedad clínica del paciente, por lo que resulta obligado observar si el paciente presenta criterios de gravedad como insuficiencia respiratoria, considerando las siguientes recomendaciones:

- Se recomienda la administración de broncodilatadores en cartucho presurizado asociado a cámara espaciadora para evitar la generación de aerosoles.
- En caso de emplear broncodilatadores en aerosol se recomienda un ambiente con presión negativa.
- No deben administrarse de forma rutinaria corticoides sistémicos para el tratamiento de la neumonía viral a no ser que éstos estén indicados por alguna otra razón.
- Siempre que exista disponibilidad en el centro hospitalario, en pacientes con insuficiencia respiratoria o shock deberá iniciarse oxigenoterapia suplementaria con una mascarilla con filtro de exhalado, si es posible, ajustando el flujo hasta alcanzar una saturación de oxígeno capilar adecuada a la edad y estado del paciente.
- En el caso de shock séptico deberá administrarse antibioterapia de manera precoz.

- Si el paciente presenta criterios de gravedad se valorará la necesidad de ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos.
- Deberá realizarse un manejo conservador de la fluidoterapia en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda grave cuando no existe evidencia de shock, ya que una reanimación agresiva con fluidos podría empeorar la oxigenación.
- Resulta muy importante valorar en el diagnóstico diferencial otras posibles etiologías frecuentes que justifiquen el cuadro clínico del paciente. En este sentido, deberá valorarse el inicio del tratamiento para la gripe estacional o para una infección respiratoria de origen bacteriano en función de la sospecha clínica o la gravedad del paciente.
- Así mismo tenerse en cuenta la comorbilidad del paciente a fin de evaluar si es preciso su tratamiento durante la estancia en Urgencias y conciliar la medicación. [10]

Tuberculosis

Es una infección contagiosa causada por una bacteria, transportada por el aire, denominada *Mycobacterium tuberculosis*. La tuberculosis suele afectar a los pulmones, ya sea en una única zona de estos o en varias.[11]

Tuberculosis Miliar

La Tuberculosis Miliar patología diseminada de la Tuberculosis Pulmonar teniendo producción en múltiples órganos, se evidencia con la aparición de pequeños nódulos blancos en la base del órgano infectado. El término miliar proviene del latín miliarius que asemeja a pequeñas semillas de mijo las cuales van a ser comparadas con los nódulos. La causa de esta enfermedad es la propagación hematógena de la infección al futuro órgano a ser afectado, debido a esto su nivel de mortalidad es elevado ya que cuenta con un complejo proceso diagnóstico; sus manifestaciones clínicas (malestar general, shock séptico, fallo multiorgánico, síndrome de distrés respiratorio) juegan el papel principal

en generar fallas al generar un diagnóstico debido a la similitud de estas en la aparición de otras patologías. Al igual que varias enfermedades, la Tuberculosis Miliar tiene mayor riesgo de aparición en determinados grupos poblacionales: personas de tercera edad, personas con deficiencia en su estado nutricional, personas con VIH. [7]

Epidemiología

La Tuberculosis Miliar es, al igual que la Tuberculosis pulmonar una enfermedad infecciosa contagiosa, generada por el Mycobacterium tuberculosis, afecta a cualquier órgano dentro del individuo. Con el paso del tiempo la Tuberculosis se fue convirtiendo en una enfermedad controlable debido a su tratamiento y sencillo diagnóstico, sin embargo, la Tuberculosis miliar se diferencia en mayor parte por el complejo proceso diagnóstico que presenta elevando así el número de personas infectadas dentro de las dos últimas décadas indiferentemente del tipo de país en la cual se genere. A partir del año 1993 se declaró emergencia global a la Tuberculosis por los múltiples daños que esta generaba, a su vez se dieron soluciones referentes a cambios en el comportamiento de las personas en contra de la enfermedad; gracias a la iniciativa se detuvo al avance progresivo que estaba teniendo la Tuberculosis, a su vez bajando la incidencia del SIDA. [7]

Teorías de Enfermería

El modelo de autocuidado de Dorotea Orem, es el único modelo de enfermería que parte de constructos propios Dorotea Orem, define su modelo como una teoría del Autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y teoría de los sistemas de enfermería. La enfermera actúa cuando el individuo por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de enfermería hacia el paciente. [12]

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. [13]

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 al enfermero 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. [14]

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. 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. [15]

Teorías del Cuidado

Teorías de Enfermería de Dorotea Orem

El modelo de autocuidado de Dorotea Orem, es el único modelo de enfermería que parte de constructos propios Dorotea Orem, define su modelo como una teoría del Autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y teoría de los sistemas de enfermería. El enfermero actúa cuando el individuo por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de enfermería hacia el paciente. [12]

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 culmino sus estudios de pre- grado en 1961. Avanzando con su preparación académica obtuvo un Bachelor of Science en 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 Graduate School del Campus de Boulder. La teoría de Watson está sostenida en el trabajo de Nightingale, Henderson, Hall, Leininger, Hegel, Kierkegaard, Gadow (Existential advocacy & philosophical foundations of nursing, 1980) y Yalom (Ten curative factors, 1975). [16]

Watson señala 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. [16]

Cuidado de enfermería al paciente con COVID – 19 y Tuberculosis Miliar

Las personas enfermas con COVID-19 y Tuberculosis Miliar, muestran síntomas similares como tos, fiebre y dificultad para respirar. Ambas enfermedades atacan principalmente a los pulmones y, aunque ambos agentes biológicos se transmiten principalmente a través de contactos cercanos, el período de incubación desde la exposición a la enfermedad es más largo en la Tuberculosis (TB) y suele presentar un inicio lento.

Aunque la experiencia sobre infección por COVID-19 en pacientes con tuberculosis miliar es limitada, se prevé que las personas enfermas con pueden tener peores resultados de tratamiento, especialmente si el tratamiento de la Tuberculosis se interrumpe.

Los pacientes con Tuberculosis deben tomar las precauciones recomendadas por las autoridades sanitarias para protegerse del COVID-19 y continuar su tratamiento según lo prescrito. [17]

Brindarle cuidado a un paciente con COVID – 19 y tuberculosis miliar, requiere una preparación especial de las personas que los cuidan, estar atento a integrar todos los conocimientos y habilidades en pro del bienestar del paciente. El cuidado debe ser personalizado, enfocada al bienestar común, brindada por un profesional de enfermería.
Los fundamentos filosóficos y teorías de enfermería en la práctica clínica permiten una visión más amplia, profunda y abarcadora de la enfermería que viabiliza el camino a la excelencia en el cuidado al paciente. [18]

Los cuidados a los pacientes con COOVID – 19 y Tuberculosis Miliar, hospitalizados según su condición, serán los siguientes:

- Tomar y anotar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
- Auscultación de sonidos respiratorios, anotando áreas de disminución o ausencia de ventilación.
- Valorar el sistema respiratorio observando en los primeros estadios de la enfermedad la existencia de crepitantes y tos
- Valorar, registrar y referir si hay aumento de la intranquilidad, ansiedad o hiperventilaciones.
- Verificar y registrar saturación de oxígeno.
- Obtener muestras de sangre para análisis de laboratorio (niveles de glucosa).
- Administrar medicamentos indicados (antibióticos, antivirales, o broncodilatadores, entre otros) y continuar con tratamiento de tuberculosis.
- Verificar eficacia de la medicación.
- Mantener el soporte ventilatorio y la permeabilidad de la vía aérea.
- Monitorizar los niveles de gasometría.
- Aplicar las precauciones de aislamiento apropiadas.
- Limitar el número de visitas según corresponda.

- Enseñar al paciente y familiares el uso correcto de la mascarilla
- Enseñar al familiar y al paciente la técnica correcta del lavado de manos.
- Aplicar la higiene de manos teniendo en cuenta los 5 momentos. [19]

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 etapas en las que se divide el proceso: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, intervención y evaluación, las cuales se dan en estrecha relación. [20]

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, ejecutar y evaluar continuamente las respuestas obtenidas. [21]

1.3. Definición de términos básicos

Autocuidado. Es la práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar; cuya conducta se aprende y surge de combinaciones de experiencias cognitivas y sociales. [22]

COVID-19. Es una enfermedad respiratoria de transmisión de persona a persona, producida por SARS-CoV-2, agente viral que presenta alta similitud genómica al SARS-CoV y MERS-CoV,[2]

Coinfección Tuberculosis (TB) y COVID-19. Es toda persona diagnosticada con Tuberculosis activa en tratamiento, en quien se confirma COVID-19. [2]

Tuberculosis. Es una enfermedad bacteriana producida por el Mycobacterium Tuberculosis que afecta usualmente los pulmones, pero que también, puede afectar cualquier órgano o parte del cuerpo tales como: riñones, huesos, meninges, ganglios, etc. [2]

Tuberculosis Miliar**.** Es aquella enfermedad bacteriana producida por el Mycobacterium Tuberculosis que afecta usualmente los pulmones, pero que se disemina a los demás órganos a través de la sangre. [23]

Cuidado. La Real Academia Española define el término "cuidado" del participio pasivo cuidar. Solicitud, dedicación y atención en la ejecución de las cosas; negocios o asuntos del responsable. [13]

Cuidado de Enfermería. Es el proceso de brindar una atención integral, holísticamente humana, ello requiere tener contacto permanente, directo interno o externo con los clientes, así como conocer a la persona, estar interesado en ella y ser consciente de sus motivaciones, actitudes, talentos, intereses y conocimientos. [15]

Pandemia. Es la propagación mundial de una nueva enfermedad. [24]

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 el enfermero.[20]

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 su 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). [25]

El GOREL reconoce al Hospital Regional de Loreto como Hospital COVID – 19, a nivel regional, a través de una resolución ejecutiva regional N° 151-2020-GRL-GR, del 16 de Junio del 2020. [26]

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. [25]

2.3. Actividad

El Hospital Regional de Loreto, según su nivel de complejidad III – 1, cumple con las siguientes actividades:

- Brindar atención recuperativa y de rehabilitación de las capacidades de los pacientes, con patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología, en condiciones de oportunidad, equidad, calidad y plena accesibilidad e integralidad en consulta externa, centro quirúrgico, hospitalización y emergencia.
- Fortalecer el desempeño y el desarrollo de los recursos humanos, generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar.
- Administrar los recursos humanos, mejorando la eficiencia en el uso de los recursos materiales, económicos y financieros para el logro de la misión y sus objetivos en cumplimiento de las normas vigentes.
- Apoyar la información y especialización de los recursos humanos, asignado al campo clínico y el personal para la docencia e investigación, a cargo de las universidades e instituciones educativas, según convenios respectivos. [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”

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 de suficiencia profesional fue el descriptivo, de tipo estudio de caso, de un paciente con COVID – 19 y Tuberculosis Miliar, hospitalizado en el servicio de Infectología del Hospital Regional de Loreto.

Descriptivo: porque permitió observar, describir y documentar el cuidado de enfermería brindado al paciente con COVID – 19 y tuberculosis miliar, hospitalizado.

Estudio de Caso: método de investigación de gran relevancia para el desarrollo de las ciencias humanas y sociales que implica un proceso de indagación caracterizado por el examen sistemático y en profundidad de un caso clínico específico, valorando su estado actual y su respuesta a la terapéutica, así mismo es la descripción detallada del caso en su contexto. [27]

3.2. Recolección y procesamiento de datos

Las técnicas que se emplearon en el presente trabajo de suficiencia 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 (proceso de atención de enfermería) según la NANDA

La recolección de datos se llevó a cabo de la siguiente manera:

- Se seleccionó a un paciente con COVID - 19 y Tuberculosis Miliar, en el servicio de infectología del Hospital Regional de Loreto.
- Se solicitó su participación voluntaria previa autorización (firma) del consentimiento informado.

- A través de la observación, examen físico, entrevista y revisión documentaria, se realizó la valoración permitiendo identificar los datos importantes.
- Luego de la identificación de los datos importantes, se organizaron para su análisis e interpretación con sustento bibliográfico.
- Se identificaron y redactaron los diagnósticos de enfermería y se planificó la intervención según la NANDA taxonomía II, con las codificaciones respectivas del NIC y NOC.
- Se ejecutaron las actividades descritas en el plan de cuidado, priorizando según la condición de salud del paciente, valorando y registrando a través del SOAPIE, en la historia clínica del paciente.
- Se realizó la evaluación de las actividades ejecutadas del cuidado de enfermería al paciente con COVID – 19 y Tuberculosis Miliar, teniendo en cuenta la gravedad del paciente. En este caso, el paciente se encontraba en estado grave, que requería cuidado por el riesgo de muerte y/o complicaciones

Para el procesamiento de los datos se tomó en cuenta la casuística existente en el servicio de infectología, ubicado en el primer piso del Hospital Regional de Loreto, durante el periodo de atención del paciente (estudio de caso), con un total de 30 camas hospitalarias, todas ocupadas, con pacientes diagnosticados de COVID-19, y/o comorbilidades como: hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia renal crónica, Tuberculosis y sin comorbilidades, en estado moderado a grave, con requerimiento de oxígeno permanentemente.

3.3. Aspectos éticos

En la presente investigación se protegieron los derechos de las personas con enfermedad de COVID – 19 y Tuberculosis Miliar atendidos en el servicio de infectología 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 Tuberculosis Miliar, se le

proporcionó un ambiente seguro y tranquilo para brindarle cuidados de enfermería.

Autonomía: Se trató a las personas con enfermedad de COVID – 19 y Tuberculosis Miliar en el servicio de infectología, 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 y Tuberculosis Miliar en el servicio de infectología no se vio afectado en su integridad física, emocional ni social. Los datos obtenidos en la recolección de la 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 y Tuberculosis Miliar en el servicio de infectología, 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

Las actividades se realizaron en el servicio de infectología del Hospital Regional de Loreto, ubicado en el primer piso. Sin embargo, frente a la pandemia del COVID – 19, se tuvo la oportunidad de rotar por los siguientes servicios asistenciales como Medicina, Emergencia e Infectología. cuya permanencia de trabajo en el servicio de infectología fue durante un mes, permitiendo brindar cuidados de enfermería al paciente estudio de caso.

Frente a la crisis desencadenada por la pandemia del COVID – 19, en la ciudad de Iquitos, los servicios y sobre todo emergencia del Hospital Regional de Loreto sobrecargo la demanda teniendo que ubicar a los pacientes en los ambientes de consultorios externos, en donde los pacientes en estado grave y familiares desesperados clamaban por oxígeno y muchas veces ver morir a la gente sin poder ayudarles por los escasos recursos. Esta situación estresante y deprimente a la vez, hizo posible que use mis conocimientos teóricos, destrezas y actitudes adquiridas durante mi formación como enfermero al cuidado de los pacientes con COVID – 19 en sus diferentes estadios.

En cuanto a mi experiencia en los diferentes servicios asistenciales, paso a describir lo siguiente:

- Servicio de Emergencia. Ubicado en el primer piso, actuando en respuesta a circunstancias que planteaban la amenaza de la vida del paciente y cuya asistencia debía ser inmediata; para evitar el deterioro grave de la funciones vitales y orgánicas en la salud del paciente ingresado con diagnostico confirmado o sospechoso de COVID 19 al hospital
- Medicina. 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.

- Infectología. Ubicado en el primer piso, brindando atención integral holística a pacientes con COVID – 19 y otras enfermedades infecciosas transmisible y endémicas en la región, 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 y precisamente es allí donde se captó al paciente estudio de caso y se brindó cuidado de enfermería en base a su problema de salud específicamente.

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 el que hacer al cuidado del paciente con COVID – 19 y Tuberculosis Miliar, en el servicio de infectología.

El rol desempeñado fue el de enfermero 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. Dar a conocer 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 el servicio de infectología, 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 con Tuberculosis Miliar, en el servicio de infectología en base a los cuidados de enfermería brindados.

4.3. Desarrollo de la suficiencia profesional o situación de caso clínico

El presente trabajo de suficiencia profesional, se basó en un estudio de caso de un paciente atendido en el servicio de infectología del Hospital Regional de Loreto, con diagnóstico médico COVID-19 y Tuberculosis Miliar, en el periodo del 26 de Mayo al 19 de Junio del 2020, sexo masculino y 45 años de edad.

4.3.1. Descripción del Caso

Datos de filiación

- Nombre y Apellidos: J.D.J.
- Edad: 45 años.
- Sexo: Masculino.
- Fecha de Nacimiento: 23- 06 - 1974
- Lugar de Nacimiento: Iquitos
- Lugar de Procedencia: Iquitos

Enfermedad Actual

Paciente adulto ingresa al servicio de emergencia el 26/05/2020, a las 17:00 pm. ingresa al servicio de emergencia caminando, por presentar malestar general, debilidad, procedente del penal de Iquitos, cansancio, tos, alza térmica, dificultad para respirar, cefalea, dificultad respiratoria progresiva, dolor a la palpación en hipogastrio. El día 27/05/2020 a las 10 am. es transferido a Infectología, donde es captado para el estudio de caso.

Tiempo de enfermedad: 3 días; Forma de inicio: Brusco; Curso: Estable.

Antecedentes

- Antecedentes personales

  No refiere
- Antecedentes patológicos

  Tuberculosis Miliar
- Antecedentes familiares

  No refiere

4.3.2. Etapas del Proceso de Atención de Enfermería

a) Valoración

Paciente de sexo masculino de 45 años de edad, procedente de la ciudad de Iquitos Provincia de Maynas, Departamento de Loreto, Perú, estado civil conviviente, internado en el servicio de observación infectología del Hospital Regional de Loreto, el 26 de Mayo del 2020, en donde es captado para el estudio de caso.

Examen Físico

a. Ectoscopía: AREG, REN, palidez.

b. Funciones Vitales

- b.1. P.A.: 110/70 mmhg.
- b.2. FC.: 100 x'. (Ritmo: regular. Fuerza: lleno).
- b.3. FR.: 40 x' (Ritmo: regular. Profundidad: Profunda).
- b.4. Tº Axilar: 37.8 ºC.
- b.5. Sat O2: 94%.
- b.6. Peso: 56 kg.
- b.7. Talla: 1.60cm.

c. Examen Físico General

- c.1. Piel: Piel levemente pálida
- c.2. TCSC: Normal
- c.3. Sis. Linfático: Normal
- c.4. Sis. Osteoarticular: dolor en articulaciones
- c.5. Sis. Muscular: dolor muscular

d. Examen Físico Regional

- d.1. Cabeza: Normocefalo refiere cefalea
- d.2. Cuello: Centrado, no adenomegalias.
- d.3. Extremidades: Hipotonía.
- d.4. Tórax: No retraimientos, tiraje subcostal
- d.5. A.P. Respiratorio: Murmullos vesiculares disminuidos en ambos campos pulmonares. Frecuencia respiratoria 40 por minuto
- d.6. A.P. Cardiovascular: Ruidos taquicárdicos
- d.7. Abdomen: Blando, depresible, retracción subcostal., dolor a la palpación en hipogastrio
- d.8. Genitourinario: normal
- d.9. Neurológico: Despierto, LOTEP (lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona), disminución de fuerza en miembros inferiores

Funciones Biológicas

Apetito: disminuido en cuanto a frecuencia y a la cantidad.
Sed: Conservada en cuanto a la frecuencia y cantidad.
Sueño: ± Conservado.

Resultados de laboratorio
Hemoglobina: 11.8gr/dl (14 -18 gr/dl).
Hematocrito: 33.7%.
Plaquetas: 446
Glucosa: 71 mg/dl (70 -110 mg/dl).
Urea: 42 mg/dl
Creatinina: 0.59 mg/dl
GOT: 40 U/L
GPT: 82 U/L

Diagnóstico Médico

- Síndrome de distres respiratorio.
- Sospecha de COVID - 19.
- TBC Miliar

Tratamiento Farmacológico

N°	Medicamento	Vía y frecuencia	Duración
1	ClNa 9/1000	01 frasco a 45 gotas por minuto	5 días
2	Ceftriaxona 1 gr.	2gr EV c/24h	7 días
3	Clindamicina 600 mgr.	600 mgr. c/8 horas EV	5 días
4	Omeprazol 40 mgr.	40 MGR. c/24horas EV	5 días
5	Metamizol 1 gr.	1 gr. EV condicional a temperatura mayor o igual a 38 grados o dolor	Condicional
6	Dimenhidrinato 50 mgr.	50 mgr. EV c/8 horas	2 días
	Diazepan 10 mg	10 mgr. EV condicional a convulsión	Condicional
8	Oxígeno húmedo por mascarilla 10 lt. por minuto.	Permanente	-
9	Terapia respiratoria	M, T, N	Hasta que mejore respiración
10	Sat O2	Cada 2 horas	
11	CFV+BHE	Cada 2 horas	
12	O.S.A.	Permanente	
13	Control de diuresis	Mañana, Tarde y Noche	

Identificación de datos importantes

Datos Objetivos

- Síndrome de distres respiratorio.
- Sospecha de COVID - 19.
- Tuberculosis (TBC) Miliar

Datos subjetivos

- Refiere “tengo dificultad para respirar y me duele la cabeza”
- Refiere “tengo dolor en mi barriga”, -Refiere “siento miedo, todos se están muriendo.

Datos subjetivos	Datos objetivos
- Refiere “tengo dificultad para respirar y me duele la cabeza”. - Refiere “tengo dolor en mi barriga”. - Refiere “siento miedo, todos se están muriendo”.	Diagnóstico médico: Sospecha de COVID – 19 y Tuberculosis Miliar
	A la palpación dolor en hipogastrio
	Se le observa irritable e intranquilo y sudoroso
	Hemoglobina 11.8 gr./dl
	Saturación 94%
	Frecuencia cardiaca 110 por minuto
	Frecuencia respiratoria 40 por minuto. Distrés respiratorio, Oxígeno por máscara 10 lt x’
	Hipotonía en extremidades
	Catéter venoso periférico perfundiendo ClNa 9/1000 a 45 gotas por minuto

Análisis e interpretación de datos

DATOS SUBJETIVOS Y OBJETIVOS	DOMINIO Y CLASE	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA
Datos subjetivos: Paciente refiere "tengo dificultad para respirar y me duele la cabeza" **Datos objetivos:** Diagnóstico médico: Sospecha de COVID – 19 y Tuberculosis miliar SpO_2 : 94 % FR: 40x', FC: 100x' Oxígeno por máscara 10 lt. x'	**Dominio 4:** Actividad/ Reposo. **Clase 4:** Respuesta cardiovasculares/ pulmonares.	El COVID – 19, es una enfermedad constituida por un nuevo coronavirus, son una extensa familia de virus que pueden causar enfermedades tanto en animales como en humanos, 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 comunes, fiebre y tos, están presentes en la mayoría de los pacientes, pero no en todos los casos sintomáticos. La fiebre puede ser alta y prolongada, lo que se asocia a desenlace desfavorable. La tos puede ser seca o productiva con igual frecuencia, y a veces se acompaña de	Patrón respiratorio ineficaz r/c disnea e/p en frecuencia respiratoria de 40x' y SpO_2 94%, FC: 100x'

		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 frecuencias muy variables, desde 8% hasta más del 60%, 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 personas enfermas con COVID-19 y tuberculosis miliar, muestran síntomas similares como tos, fiebre y dificultad para respirar. Ambas enfermedades atacan principalmente a los pulmones y, aunque ambos agentes biológicos se transmiten principalmente a través de contactos cercanos, el período de incubación desde la exposición a la enfermedad es más largo en la tuberculosis (TB) y suele presentar un inicio lento. El hecho de tener muchos órganos que funcionan mal aumenta el riesgo de muerte.	

		Si bien el coronavirus es un problema médico grave, y a veces fatal, que puede ser muy impredecible y sobre todo si hay una patología adicional pulmonar. Por lo que el cuidado de enfermería es fundamental, extremando medidas de bioseguridad y vigilancia permanente para valorar la evolución.	

DATOS SUBJETIVOS Y OBJETIVOS	DOMINIO Y CLASE	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
Datos subjetivos: Paciente refiere "tengo dolor en mi barriga" **Datos objetivos:** A la palpación dolor en hipogastrio	**Dominio 12:** Confort **Clase 1:** Dolor crónico (00133)	El coronavirus puede ocasionar daño a cualquiera de los órganos principales puede ser muy grave y requerir tratamientos adicionales. Los síntomas iniciales más comunes son fiebre (40%), febrícula (32%), seguidas de tos seca (30%), la cual disminuye al tercer día en 75% en la población y cefalea (20%). Otros síntomas son fatiga, odinofagia, mialgias, rinorrea, estornudos, disnea y diarrea. La disnea y cianosis pueden ocurrir a medida que la afección progresa, generalmente después de una semana de la enfermedad, acompañadas de síntomas sistémicos, irritabilidad, hiporexia e hipoactividad. Los casos graves desarrollan choque séptico, acidosis metabólica y coagulopatía que puede desencadenar hemorragias, así como falla renal aguda. Los síntomas intestinales (diarrea, dolor abdominal y vómito) del SARS-CoV-2 pueden estar asociados con la invasión de las células epiteliales intestinales que expresan ACE 2, pues una vez que el virus entra en la célula, el ARN y las proteínas específicas del virus se sintetizan en el citoplasma de ésta para ensamblar	Dolor crónico r/c incapacidad física crónica e/p Informes verbales de dolor.

		nuevos viriones, los cuales pueden liberarse al tracto gastrointestinal, siendo una teoría que sugiere que SARS-CoV-2 puede infectar activamente y replicarse en el tracto digestivo causando un conjunto de manifestaciones gastrointestinales. El receptor ACE 2 se expresa en tracto gastrointestinal, especialmente en el intestino delgado y colon. Esta manifestación aunada a la dificultad respiratoria por el COVID – 19, puede generar mayor malestar en el paciente, por lo que el cuidado de enfermería debe estar orientado disminuir el dolor, para favorecer el bienestar.	

DATOS SUBJETIVOS Y OBJETIVOS	DOMINIO Y CLASE	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
Datos subjetivos: Refiere cansancio **Datos objetivos:** Hipotonía en extremidades Se le observa sudoroso	**Dominio 4:** Actividad / reposo . **Clase 2:** Actividad y ejercicios	Las manifestaciones clínicas del COVID – 19, se basan fundamentalmente en cómo el virus RNA invade células que expresan receptores ECA II, como el epitelio de vía aérea, endotelio vascular, parénquima pulmonar, cardíaco y cerebral, tejido renal, intestinos, testículos, siendo ellos posibles blancos de daño por el virus SARS-CoV-2. De ahí las múltiples y complejas manifestaciones clínicas de pacientes infectados, entre ellas las neurológicas. En la patogénesis de ingreso al sistema nervioso, central o periférico, se plantean mecanismos como lesión directa por la infección de estructuras nerviosas y, por otro lado, secundario a hipoxia, neuroinflamación y asociado a las complicaciones de otros órganos blancos. Con base en la posible vía de entrada y potencial neurotropismo, se proponen enfermedades neurológicas por COVID-19, tales como: Encefalopatía que constituye disfunción cerebral reversible secundaria a toxemia sistémica, alteraciones metabólicas o hipoxemia. Lesión de centros de control cardiorrespiratorio, cuyas	Deterioro de la movilidad en la cama r/c tratamientos de ventilación mecánica y sedación e/p imposibilidad de realizar higiene personal. (00091) .

		manifestaciones respiratorias severas, e incluso súbitas, son por mecanismos neurológicos centrales. Daño muscular, en la que estudios histopatológicos de tejido muscular en pacientes, identificaron necrosis y atrofia, presumiblemente por activación de receptores ECA II que clínicamente se traduce en miopatía y con ello debilidad. Condición que hace que el paciente tenga dificultades para realizar su autocuidado, siendo una de ellas la alimentación e higiene y confort. De ello se destaca la importancia del cuidado de enfermería tanto en la alimentación como en la higiene y confort durante su hospitalización, ello permite satisfacer sus necesidades individuales de higiene personal, a la recoger datos que permitan visualizar el estado general del paciente, así como el estado de su piel, activar la circulación sanguínea, evitar las enfermedades de la piel más comunes, que pueden generar complicaciones agregadas a la patología de base.	

DATOS SUBJETIVOS Y OBJETIVOS	DOMINIO Y CLASE	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
Datos subjetivos: Ninguna **Datos objetivos:** Diagnóstico Tuberculosis miliar. Presencia de catéter venoso periférico. Oxígenoterapia permanente con máscara facial simple	**Dominio 11:** Seguridad y Protección **Clase 1:** Riesgo de infección	Existen reportes de casos, de coinfección de COVID-19 y tuberculosis, más frecuentemente, tuberculosis pulmonar, que van desde la recuperación hasta la muerte del paciente. Reportes acerca de tuberculosis extra pulmonar o con diseminación hematógena son escasos. Se argumenta una elevada mortalidad de hasta 12.3% , especialmente en los que la coinfección se dio en pacientes con tuberculosis extra pulmonar y COVID-19. No es claro aún que es primero o quién desencadena a quién, si la infección por COVID-19 genera la activación de la tuberculosis latente a tuberculosis activa en pacientes incluso inmunocompetentes, o si la infección latente por tuberculosis predispone a una infección por SARS CoV-2 e incluso con mayor severidad, y aumento de la mortalidad. Puede ser que simplemente son coincidencias epidemiológicas, donde dos pandemias se entrecruzan, sin que exista variación clínica ni en los resultados en la persona afectada por ellas. El SARS CoV-2 produce un proceso de amplificación de respuesta inmunológica desregulado denominado “Tormenta de citoquinas”. Esto se ha descrito como un activador de infecciones latentes y ocultas. Además, el uso de medicamentos inmunosupresores en COVID-19 puede conducir a una expresión de tuberculosis, y son	Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos. (00004)

		conocidos por causar reactivación de infecciones por micobacterias. Por otro lado, la hospitalización y procedimientos invasivos pueden producir complicaciones, por altos flujos, medicamentos irritantes o incumplimiento de medidas de bioseguridad, como flebitis, extravasación, sepsis, bacteriemia. Muchas veces estas complicaciones incrementan la estadía hospitalaria. La oxigenoterapia en su uso se comporta como un medicamento, por tanto, requiere prescripción y dosificación de acuerdo con las condiciones del usuario y debe ser suministrado teniendo en cuenta los resultados de la evaluación de la dinámica pulmonar (frecuencia respiratoria, características del patrón respiratorio: ritmo, amplitud y expansión) y de exámenes complementarios como la oximetría de pulso y los gases sanguíneos, entre otros. De esta manera, ante situaciones en las que los hallazgos evidencian una falla respiratoria, la oxigenoterapia se convierte en una herramienta de prevención y tratamiento de la hipoxemia, pues aumenta el contenido de oxígeno en la sangre arterial y permite un trabajo respiratorio eficiente. La administración de oxígeno a través de máscara facial Máscara facial simple requiere de 6-10 Lt./min.; así, proporciona una FIO_2, máxima hasta del 60%, no tiene válvulas ni bolsas de almacenamiento, ejerce presión sobre la nariz para evitar la pérdida de oxígeno y se ajusta alrededor de la cabeza del paciente. Se debe limpiar frecuentemente y se debe remover el	

		agua acumulada, especialmente cuando se trabaja con humedad, su ajuste es difícil, por lo tanto, no es bien tolerada por algunos pacientes. Siguiendo los lineamientos de la American Association for Respiratory Care (AARC) sugiere cambiar los equipos de forma rutinaria cada dos o tres días, para minimizar el riesgo de contaminación cruzada, causada por los agentes víricos y/o bacterianos, lo cual puede generar infecciones agregadas en los pacientes, ocasionando complicaciones e incluso la muerte. En ese contexto el cuidado de enfermería es fundamental sobre todo en el cumplimiento de las medidas de bioseguridad.	

DATOS SUBJETIVOS Y OBJETIVOS	DOMINIO Y CLASE	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
Datos subjetivos: Refiere "siento miedo, todos se están muriendo" **Datos objetivos:** Se le observa irritable e intranquilo	**Dominio 9:** Afrontamiento/ Tolerancia al estrés. **Clase 2:** Respuestas de afrontamiento.	La ansiedad es la más común y universal de las emociones, es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Tan solo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica y provoca malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual. Los trastornos de ansiedad son más frecuentes que cualquier otro tipo de alteración psiquiátrica. No obstante, a menudo pasan desapercibidos y, por tanto, no se tratan. Las reacciones de ansiedad pueden tener una intensidad leve o excesiva y pueden hacer que las personas logren desarrollar medidas de afrontamiento asertivas con el fin de adaptarse a ese nuevo entorno, en este caso a una pandemia causada por el virus SARS-COV-2 (COVID-19) o, por el contrario, genera conductas desadaptativas a nivel emocional, conductual o cognitivo, que solo	Ansiedad r/c estado de salud e/p irritabilidad e intranquilidad

		limitan el funcionamiento de quien las presenta y, en muchas ocasiones, no le permite una adecuada toma de decisiones. En situaciones de normalidad, la corteza prefrontal regula las emociones, pensamientos y conducta; sin embargo, cuando el estrés ocasiona la pérdida de equilibrio, pueden aparecer fallas cognitivas, conductas disfuncionales y síntomas físicos pasajeros. De no remitir la exposición al estrés o ante la dificultad para adaptarse, pueden emerger cuadros psicopatológicos, como el trastorno de estrés postraumático, los trastornos depresivos, trastornos psicosomáticos o conductas suicidas. Por lo que el cuidado de enfermería debe ser integral holístico, es decir se debe tener en cuenta al momento de realizar las intervenciones el aspecto psicológico que evidencian los pacientes.	

Diagnóstico y Planificación del cuidado de enfermería

- (00032) Patrón respiratorio ineficaz r/c disnea e/p frecuencia respiratoria de 40x' y SpO_2 94%, FC: 100x'
- (00133) Dolor crónico r/c incapacidad física crónica e/p Informes verbales de dolor.
- (00091) Deterioro de la movilidad en la cama r/c tratamientos de ventilación mecánica y sedación e/p imposibilidad de realizar higiene personal.
- (00004) Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos.
- 00146 Ansiedad r/c estado de salud e/p irritabilidad e intranquilidad

Planificación del Cuidado de Enfermería

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (código NANDA)	NOC Resultados Esperados	NIC Intervenciones de Enfermería	ACTIVIDADES	EVALUACIÓN
Patrón respiratorio ineficaz r/c disnea e/p en frecuencia respiratoria de 40x' y SpO_2 94%, FC: 100x' (00032)	Patrón respiratorio sin alteraciones. (0403) Estado respiratorio: ventilación. (0410) Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.	(3302) Manejo de ventilación mecánica: no invasiva: Ayuda al paciente que recibe soporte respiratorio artificial que no necesita la introducción de un dispositivo en la tráquea. (3140) Manejo de las vías aéreas: Asegurar la permeabilidad de la vía aérea.	1. Vigilar frecuencia, ritmo y profundidad y esfuerzo de las respiraciones, cada dos horas. 2. Mantener las vías permeables (limpieza de la nariz y boca) 3. Monitorización de los signos vitales, (Presión arterial, pulso, respiración, saturación de oxígeno, temperatura) 4. Monitorización de distrés respiratorios mediante el test de Silverman Anderson.	Paciente queda en reposo con vías permeables y ventilación adecuada.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (código NANDA)	NOC Resultados Esperados	NIC Intervenciones de Enfermería	ACTIVIDADES	EVALUACIÓN
Dolor crónico r/c incapacidad física crónica e/p Informes verbales de dolor.	NOC 1605 Control del dolor 160501 Reconoce factores causales. 160502 Reconoce el comienzo del dolor. 160511 Refiere dolor controlado.	1400 Manejo del dolor 2210 Administración de analgésicos.	1. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, características, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes. 2. Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. (metamizol 1 gr. EV.)	Paciente queda en reposo en aparente tranquilidad. Manifestando alivio del dolor

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (código NANDA)	NOC Resultados Esperados	NIC Intervenciones de Enfermería	ACTIVIDADES	EVALUACIÓN
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.	▪ Satisfacer la necesidad higiene y confort (mañana, tarde y noche) ▪ Realizar la técnica de masajes (mañana, tarde y noche) en todo el cuerpo para disminuir el dolor.	Se logró que el paciente tenga una buena higiene y confort durante la estancia hospitalaria.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (código NANDA)	NOC Resultados Esperados	NIC Intervenciones de Enfermería	ACTIVIDADES	EVALUACIÓN
Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos. (00004)	Contribuir a controlar el riesgo de infección. Vigilar y controlar los procedimientos invasivos. (1902) control de riego. (01908) detección del riesgo.	(6550) Protección contra las infecciones. (4220) cuidados del catéter insertado periféricamente.	▪ Protección contra las infecciones en los procedimientos invasivos que realiza. (lavado de manos, teniendo en cuenta los 5 momentos, uso de guantes, uso equipo de protección personal) ▪ Cuidados de catéter insertado periféricamente. ▪ Cuidados circulatorios de los dispositivos de ayuda a la ventilación.	Se logró realizar los procedimientos invasivos sin ningún riesgo a alguna infección.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (código NANDA)	NOC Resultados Esperados	NIC Intervenciones de Enfermería	ACTIVIDADES	EVALUACIÓN
Ansiedad r/c estado de salud e/p irritabilidad e intranquiliodad. (00146)	Afrontación del estado de salud actual. (1300) Aceptación del estado de salud. (1402) Control de la ansiedad.	(5820) Disminución de la ansiedad: Minimizar la aprensión, temor o malestar relacionado con una fuente identificada de peligro anticipada. (5880) Técnica de relajación: Disminución de la ansiedad del paciente que experimenta angustia aguda.	1. Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, (Diazepan 10 mgr. EV condicional, vigilando cuidadosamente los efectos del medicamento) 2. Escuchar con atención al paciente y/o familiar respecto a sus preocupaciones. 3. Identificar a los seres queridos cuya presencia puede ayudar al paciente. 4. Ofrecer un baño o ducha caliente.	Paciente queda en su unidad en reposo acompañado de su familiar.

Ejecución

Considerando los recursos disponibles de tiempo, espacio, insumos y aspectos individuales del paciente se ejecutó el plan de acciones para el logro de las actividades, en este sentido el plan propuesto y las acciones ejecutadas fueron apoyadas con las indicaciones establecidas en los Planes de Atención de Enfermería diseñados para ser ejecutados en el servicio de infectología del Hospital Regional de Loreto.

Evaluación

En el Plan de cuidado de enfermería, se demuestra cómo se logró estimular de forma positiva cada uno de los resultados alcanzados. El 100% de los resultados esperados fueron logrados. Se logró un control del riesgo de complicaciones pulmonares 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 94%, presión arterial: 110/90 mmHg, frecuencia cardiaca 100 x', frecuencia respiratoria 40 x', distrés respiratorio, diagnóstico de COVID–19 y tuberculosis miliar y egresó el 19 de Junio del 2020, con Presión arterial 120/70 mmHg, frecuencia respiratoria de 24 x' frecuencia cardiaca de 78 por minuto y saturación de oxígeno 98%, paciente queda en su unidad, con terapia intravenosa (administración y control de líquidos y fármacos), en reposo acompañado de su familiar.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES

- El cuidado brindado al paciente R.V.S. con diagnóstico médico de COVID – 19 y Tuberculosis Miliar, se realizó en el servicio de infectología 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 proceso de atención de enfermería (PAE), permitió identificar e intervenir en los siguientes diagnósticos de enfermería:
  - (00032) Patrón respiratorio ineficaz r/c disnea e/p frecuencia respiratoria de 40x' y SpO_2 94%, FC: 100x'
  - (00133) Dolor crónico r/c incapacidad física crónica e/p Informes verbales de dolor.
  - (00091) Deterioro de la movilidad en la cama r/c tratamientos de ventilación mecánica y sedación e/p imposibilidad de realizar higiene personal.
  - (00004) Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos.
  - 00146 Ansiedad r/c estado de salud e/p irritabilidad e intranquilidad.

- Utilizando un plan de cuidados estandarizados, se logró cumplir con los objetivos propuestos para el cuidado y permitió garantizar calidad asistencial.
  - Patrón respiratorio sin alteraciones.
  - (0403) Estado respiratorio: ventilación.
  - (0410) Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.
  - (1605) Control del dolor
  - (160501) Reconoce factores causales.
  - (160502) Reconoce el comienzo del dolor.
  - (160511) Refiere dolor controlado.
  - Contribuir a la seguridad, higiene y confort del individuo.
  - (0204) Consecuencia de la inmovilidad: fisiológica

- (01908) Detección del riesgo.
- Afrontación del estado de salud actual.
- Contribuir a controlar el riesgo de infección
- Vigilar y controlar los procedimientos invasivos
- (1902) Control de riesgo
- (1300) Aceptación del estado de salud.
- (1402) Control de la ansiedad

- 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 el servicio de Infectología.

- Respecto a mi experiencia personal en el cuidado a los pacientes con COVID – 19 y tuberculosis miliar, en esta pandemia fue muy preocupante y estresante, por la gran demanda de pacientes que ingresaban al Hospital en estado muy grave y los escasos recursos humanos, pero con una gran satisfacción frente a la recuperación de los mismos. En cuanto al paciente de estudio, su recuperación en cuanto al COVID – 19, fue una gran satisfacción, tuvo mucha fuerza de voluntad para recuperarse de esta enfermedad, pero aún pendiente de la enfermedad crónica que le aqueja Tuberculosis Miliar, con el cumplimiento de su tratamiento.

  Su condición de egreso fue el siguiente: Presión arterial 120/70 mmHg, frecuencia respiratoria de 24 x' frecuencia cardiaca de 78 por minuto y saturación de oxígeno 98%.

CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES

- Al Hospital Regional de Loreto, fortalecer el sistema de supervisión de los servicios asistenciales y sobre todo al servicio de infectología, para redistribución de recursos humanos e insumos y materiales para un cuidado de enfermería de calidad.

- Al personal de enfermería aplicar el proceso de enfermería en el cuidado al paciente en el servicio de infectología.

- 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.

- Al 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. Acosta G. et al. Caracterización de pacientes con COVID-19 grave atendidos en un hospital de referencia nacional del Perú. Rev. perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2020 Abr [citado 2020 Sep 26]; 37 (2): 253-258. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342020000200253&lng=es. http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5437.
2. Min salud. Lineamientos para la prevención y control de la tuberculosis ante la contingencia de la pandemia generada por el COVID-19 en Colombia año 2020 ministerio de salud y protección social Bogotá d.c. abril de 2020 https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS23.pdf
3. Escobar G, Matta J, Ayala R, Amado J. Características clinicoepidemiológicas 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=S2308-05312020000200180&lng=es. http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i2.2940.
4. 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
5. Palmero D. COVID-19 y tuberculosis en 5 hospitales de la Ciudad de Buenos Aires. Revista Americana de Medicina Respiratoria - Volumen 20, Número 3 - Septiembre 2020. Argentina. 2020. http://www.ramr.org/articulos/volumen_20_numero_3/comunicacion_breve/comunicacion_breve_covid-19_y_tuberculosis_en_5_hospitales_de_la_ciudad_de_buenos_aires.php

6. Aquino C, Quispe R, Huamán K. COVID-19 y su relación con poblaciones vulnerables. Rev haban cienc méd [Internet]. 2020 [citado 2020 Oct 01]; 19 (Suppl 1): e3341. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000400005&lng=es. Epub 10-Jun-2020.
7. Gaona J, Loja W. Manejo de enfermería en paciente con diagnóstico de tuberculosis miliar y aplicación del proceso de atención de enfermería. UTMACH. Facultad de Ciencias Químicas y de salud. Carrera de enfermería Machala 2019.
8. http://186.3.32.121/bitstream/48000/14757/1/T-3397_GAONA%20GONZAGA%20JUAN%20ALBERTO.pdf
9. Alves Cunha Ana Luisa, Quispe Cornejo Armin A, Ávila Hilari Adrián, Valdivia Cayoja Adolfo, Chino Mendoza Juan Manuel, Vera Carrasco Oscar. Breve historia y fisiopatología del covid-19. Cuad. - Hosp. Clín. [Internet]. 2020 Jul [citado 2021 Mar 14]; 61 (1): 130-143. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762020000100011&lng=es.
10. Díaz F, Toro A. 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
11. Guía para manejo de pacientes con sospecha de COVID-19 2020 en emergencia Hospital de emergencias "José Casimiro Ulloa" https://www.hejcu.gob.pe/personal2/concurso-externo-interno/documentos-varios/covid19/227-guia-para-manejo-de-pacientes-con-sospecha-de-covid-19/file
12. Tiemey D, Nardell E. Manual Merck. Tuberculosis Miliar. 2018 https://www.merckmanuals.com/es-us/hogar/infecciones/tuberculosis-e-infecciones-relacionadas/tuberculosis-miliar-tb
13. 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.

14. 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.
15. Báez F, Nava V, Ramos L, Medina 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/1476/1 676
16. 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
17. Tafur E. 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
18. Organización panamericana de la salud (OPS). Tuberculosis y COVID-19: lo que el personal de salud y las autoridades deben saber https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15759:tuberculosis-and-covid-19-what-health-workers-and-authorities-need-to-know&Itemid=1926&lang=es
19. Ángel Z, Duque G, Tovar D. Cuidados de enfermería en el paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis: una revisión sistemática. Enferm Nefrol [Internet]. 2016 Sep [citado 2021 Mar 13]; 19 (3): 202-213. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000300003&lng=es.

20. Estrada G. Plan de Cuidados de Enfermería Para pacientes adultos con COVID-19 hospitalizados. Gobierno de México. 2020. http://educacionensalud.imss.gob.mx/es/system/files/PLACE%20COVID_Hospitalizacio%CC%81n_VF_27_04_2020.pdf
21. 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 Nº 1; Enero-Julio 2013. Asunción – Paraguay. 2013 https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964686/41-48.pdf
22. 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/
23. Bolivar F. 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
24. Pérez M. Tuberculosis. https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/tuberculosis
25. Organización Mundial de la Salud. Alerta y Respuesta Mundiales (GAR). 2020 https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_question/pandemic/es/
26. Hospital Regional de Loreto. Reglamento de Organización y Funciones (ROF). Ordenanza Regional N° 008-2016-GRL-CA. Iquitos. Perú. 2016
27. 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

28. Urra E, Núñez R, Retamal C, Jure L. Enfoques de estudio de casos en la investigación de enfermería. Cienc. enferm. [Internet]. 2014 Abr [citado 2021 Abr 01]; 20 (1): 131-142. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000100012&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000100012.

ANEXO

ANEXO N° 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DATOS GENERALES:

Institución: ……..……

N° de Historia Clínica:……..…….

Fecha: ……..

Código:……..

Estimado (a) Sr. (a), buenos días (tardes), mi nombre es: Juan Teagua Vela, egresado 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 y Tuberculosis Miliar, atendido en el servicio de infectología del Hospital Regional de Loreto Iquitos 2020. Para ello le invito a participar voluntariamente en el presente trabajo, la cual será de mucha importancia para el estudio.

El propósito del trabajo de suficiencia profesional a través de estudio de caso es, brindar cuidado de enfermería con base al PAE (Proceso de Atención de Enfermería) para contribuir en la recuperación de la salud del paciente con COVID -19 y Tuberculosis Miliar en el servicio de infectología.

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 enfermería 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 de caso.
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 trabajo de suficiencia profesional.

---------- 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 trabajo de suficiencia profesional

---------- Fecha: ----------
N° DNI

---------- Fecha: ----------
N° DNI
Investigador

ANEXO N° 02

GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

1. Introducción
2. Objetivos
3. Datos de la persona y familia
- Jefe de familia
- Dirección
- Lugar y fecha
- Componentes del grupo familiar

N°	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD Y SEXO		PARENTESCO	OCUPACIÓN	OBSERVACIÓN
		M	F			

4. Valoración (en base a la situación actual)

DATOS IMPORTANTES (SUBJETIVOS Y OBJETIVOS)	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	PROBLEMA POR DOMINIO Y CLASE	FACTOR RELACIONADO

5. Diagnóstico de Enfermería

PROBLEMA		FACTOR RELACIONADO	DIAGNÓSTICO
REAL	POTENCIAL		

6. Planificación de la Atención y ejecución

DIAGNÓISTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADO NOC (OBJETIVO)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN NOC

7. Evaluación General
8. Conclusiones
9. Recomendaciones
10. Bibliografía
11. Anexos

ANEXO N° 03

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO

PERÚ Ministerio de Salud

2

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO

FECHA dia mes año

Nº HC

DATOS GENERALES

Apellidos | Nombres | Sexo: M ☐ F ☐ | Edad:

F. Nac.:

Lugar de Nacimiento | Procedencia | Grupo Sanguíneo | Rh

Grado de Instrucción | Estado Civil | Ocupación

Acompañante o cuidador | Edad | Identificación (DNI) | Dirección

ANTECEDENTES

Personales	Si	No	ign.	Personales	si	No	ign.	Familiares	si	No	ign.
Tuberculosis				Consumo de tabaco				Tuberculosis			
Inf. Transmisión Sexual				Consumo de alcohol				VIH - SIDA			
VIH - SIDA				Consumo de otras drogas				ITS			
Hepatitis				Hospitalización				Hepatitis			
Diabetes				Interv. quirúrgica				DBM			
HTA				Transfusiones				HTA			
Sobrepeso				Cáncer				Infarto			
Infarto cardíaco				♀ Cáncer de cérvix/ mama				Cáncer			
Dislipidemia (Colesterol)				♂ Patología prostática				Depresión			
Enf. renal				Discapacidad				Prob. Psiquiátricos			
Glaucoma				Riesgo ocupacional				Otros			
Convulsiones				Violencia familiar				----------			
Depresión				Violencia política				----------			
Ezquizofrenia				----------							

Descripción de antecedentes y otros _____

Reacción Alérgica a Medicamentos No ☐ Si ☐

Medicamento de uso frecuente No ☐ Si ☐ (dosis, tiempo de uso, otra observación)

Sexualidad Edad de inicio de relación sexual ☐ Número de parejas sexuales ultimos 3 meses ☐

Hijos vivos ☐ RS con personas del mismo sexo SI ☐ NO ☐

♀ ♀

Menarquía_____ Fecha de última regla___ / ___ / ___ R/C: ___ / ___

Flujo vaginal patológico No ☐ Si ☐ Dismenorrea SI ☐ NO ☐

Embarazo: ☐ Parto: ☐ Prematuro ☐ Aborto ☐

	Nº	Año	CPN	Complicación	Parto	Peso RN	Puerperio
Gestación							
Gestación							
Gestación							

NOMBRES Y APELLIDOS | Nº HC

Ign: Ignora o desconoce

PERÚ | Ministerio de Salud

1

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO

LISTA DE PROBLEMAS

Nº	FECHA	PROBLEMAS CRÓNICOS	CONTROLADO / NO CONTROLADO	OBSERVACIÓN

Nº	PROBLEMAS AGUDOS	FECHA	FECHA	FECHA	OBSERVACIÓN

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL

		DESCRIPCIÓN	FECHA	FECHA	FECHA	LUGAR
1	EVALUACIÓN GENERAL					
2	INMUNIZACIONES					
3	EVALUACIÓN BUCAL					
4	OTRAS INTERVENCIONES PREVENTIVAS					
5	ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES					
6	CONSEJERÍA INTEGRAL					
7	VISITA DOMICILIARIA					
8	TEMAS EDUCATIVOS					
9	ATENCIÓN DE PRIORIDADES SANITARIAS					

NOMBRES Y APELLIDOS	Nº HC