



UAGro

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUERRERO

FACULTAD DE ENFERMERÍA NO.2
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS.
GENERACIÓN 2019-2020

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE TERCERA GENERACIÓN EN PACIENTE
CONSCIENTE POSITIVA A COVID-19 CON VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.**

Para obtener el grado de Enfermera Especialista en Cuidados Intensivos.

Presenta:

L.E. Yarib Petatán Bárcenas.

- Directora del Proceso Atención de Enfermería: Dra. Marilú López Núñez.
- Co-director del Proceso Atención de Enfermería: E.E.C.I. José Eduardo Torres Espino.

LGAC: Calidad de los Procesos del Cuidado Intensivo al paciente en estado crítico.
Grupo disciplinar: Gestión y docencia en Enfermería.

Acapulco de Juárez, Guerrero, Julio de 2021

ACTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO



Facultad de Enfermería No.2 | Coordinación de Posgrado e Investigación

Acapulco, Guerrero a 01 de julio de 2021.

**DR. RUBÉN DARÍO HERNÁNDEZ GONZÁLEZ,
JEFE DE DEPARTAMENTO DE EDUCACION
SUPERIOR Y POSGRADOS DAE**

PRESENTE.

Por medio del presente, comunico a usted que la Coordinación del Posgrado de Enfermería en Cuidados Intensivos de la egresada

NOMBRE: PETATAN BARCENAS YARIB

MATRICULA: 10063597

PERIODO: 2019 – 2020

PROGRAMA EDUCATIVO: DE ESPECIALIDAD EN CUIDADOS INTENSIVOS

TEMA DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA DE TERCERA GENERACION EN PACIENTE
CONSCIENTE POSITIVA A COVID-19 CON VENTILACION MECANICA INVASIVA EN LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

APROBO SU EXAMEN PROFESIONAL DE MANERA VIRTUAL ya que cumplió con todos los requisitos exigidos para obtener el Obtención de Diploma de Especialidad o Grado artículo 94 fracción II inciso B y por la contingencia sanitaria el artículo cuarto transitorio del Reglamento Escolar Vigente.

Asimismo, le informo el lugar virtual de la aplicación del examen profesional y el link de la sala

Fecha de realización :01 de julio 2021


Hora: 18 :00 p.m.

Código de la clase: yho6qtg

Enlace de Meet: <https://meet.google.com/lookup/c5d35y2umi>

Sin otro particular, y en espera de una respuesta favorable me despido de usted.

Atentamente


Dra. Norma Angélica Bernal Pérez Tejada
Coordinadora de la Especialidad de Enfermería en Cuidados Intensivos
de la Facultad de Enfermería No. 2 de la UAGro.



 www.enfermeria2.uagro.mx
 [Enfermeria2UAGro](https://www.facebook.com/Enfermeria2UAGro)

Dirección: 2016, 2021
Av. Morelos s/n y 9555 y 570
Caj. Correos 401000001, C.P. 38600
Teléfono 01 7441760 3000
E-mail: coordinacion_posgrado@uagro.mx
Acapulco de Juárez, Guerrero, México

 Rectorado 2017-2021

Agradecimientos.

A nuestras coordinadoras por orientarnos en la continuidad de nuestro trabajo.

Pero muy en especial a mis padres, por apoyarme en cumplir este sueño y a Dios por mantener a la protagonista de este Proceso Atención de Enfermería, con vida.

Índice.

1. Introducción.....	6
2. Justificación.....	7
3. Objetivos.....	8
3.1 General.	
3.2 Específicos.	
4. Metodología.....	9
5. Marco teórico.....	10
5.1 Enfermería como profesión disciplinaria.....	9
5.2 El cuidado como objeto de estudio.....	9
5.3 Proceso Atención de Enfermería.....	9
5.4 Modelo teórico utilizado.....	10
5.4.1. Teoría de las 14 necesidades básicas del ser humano de Virginia Henderson.....	11
5.4.2. Teoría del cuidado humano de Margaret Jean Watson.....	13
5.4.3. Teoría de las relaciones interpersonales de Hildegard Peplau.....	21
5.5 Etapas del Proceso Atención de Enfermería.....	23
5.5.1. Valoración.	
5.5.2. Diagnóstico.	
5.5.3. Planeación.	
5.5.4. Ejecución.	
5.5.5. Evaluación.	
5.6 SARS-COV-2	31
5.7 Ventilación mecánica.....	36
5.7.1. Ventilación mecánica invasiva en COVID-19.....	38
5.8 Paciente consciente COVID-19 con Ventilación Mecánica Invasiva, bajo sedación y analgesia.....	39
5.8.1. Agitación y delirium.....	40
5.8.2 Fármacos de elección para el tratamiento de la agitación.....	41
5.8.3 Escala de sedación y agitación de Richmond (RASS)	43
5.8.4 Escala de RAMSAY.....	44
5.8.5 Manejo del dolor	43
5.9 La comunicación terapéutica.....	44
5.9.1 Guía para el uso del instrumento de comunicación en la Unidad de Cuidados Intensivos	50
6. Resumen del caso clínico.....	57
7. Desarrollo del Proceso Atención de Enfermería	58
7.1 Valoración clínica del sujeto del cuidado basada en el modelo de Virginia Henderson.....	62
7.2 Valoración clínica del sujeto del cuidado basada en el modelo de Margaret Jean Watson	64
7.3. Diagnóstico de Enfermería.....	66
7.4. Priorización de diagnósticos de Enfermería.....	68
7.5 Instrumento del Caring Margaret Jean Watson.....	69

7.6 Planes de Cuidados de Enfermería	70
7.7 Evaluación.....	88
8. Plan de alta.....	89
9. Conclusiones.....	91
10. Bibliografía.....	92
11. Glosario de términos.....	96
12. Anexos: figuras y tablas.....	98

I. Introducción.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), designó el año 2020 como el “año de la Enfermería”, en conmemoración al natalicio de nuestra pionera Florence Nightingale, fue así como el sistema de salud se preparó para celebrar la contribución de la Enfermera y sus funciones en los 3 niveles de atención a la salud de la sociedad. Sin embargo, nadie contemplaba la inesperada crisis de salud a causa del SARS-COV-2 (COVID-19), que sorprendió al mundo entero desde que se declaró pandemia el 11 de Marzo de 2020, aún cuando la Comisión Municipal de Salud de Wuhan, China notificó un conglomerado de casos de neumonía el 31 de Diciembre de 2019.

Desde Marzo de 2020, las Enfermeras conforman la primera línea de atención para combatir la propagación de COVID-19, las contribuciones del personal de Enfermería demuestran profesionalismo para mantener la salud de los pacientes y la sociedad en general desde el primer nivel de atención.

En la actualidad, las Unidades de Cuidados Intensivos, dejaron de ser polivalentes para atender a los pacientes contagiados de SARS-COV-2 (COVID-19), quienes requieren urgentemente cuidados de Enfermería de alta complejidad, para ello, además de ejercer intervenciones dependientes e interdependientes, el profesional de Enfermería cumple funciones independientes, de acuerdo a la formación académica y experiencia profesional en apoyo con el Proceso Atención de Enfermería (PAE), denominado; instrumento metodológico, sistemático, flexible, que se adapta a cada paciente de acuerdo a su historia clínica.

Hoy día, el PAE ha evolucionado a una Tercera Generación, sustentada con la mejor evidencia científica posible, considerando como tal, las taxonomías de Enfermería: la North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA), la Nursing Outcomes Classification (NOC) y la Nursing Interventions Classification (NIC).

El presente Proceso Atención de Atención, elaborado con la historia clínica de una paciente de sexo femenino de 56 años de edad, quien se contagió de SARS-COV-2 (COVID-19), y fue ingresada en el Hospital Militar Regional de Acapulco Guerrero; tras 11 días intubada, un destete exitoso y alta domiciliaria, se trabaja bajo un plan de alta Médico, de Nutrición y de Enfermería, otorgando para evitar en lo posible la recaída a causa de las secuelas.

II. Justificación.

El paciente consciente bajo Ventilación Mecánica Invasiva (VMI) diagnosticado de SARS-COV-2 (COVID-19), durante su estancia por la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), vive un proceso complicado de la enfermedad, el no tener algún familiar cerca, el hecho de ver pacientes vecinos morir, maneja un desnivel de emociones, por la alteración de sus necesidades esenciales a causa de la falta de oxigenación y el déficit de la comunicación o distorsión del significado real del mensaje que intenta transmitir, por el proceso invasivo que lo apoya a respirar en contra de su voluntad.

Todo ello, constituye un reto para el personal de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos; al no poder distinguir las emociones, necesidades y preocupaciones que el paciente vive durante este trance. Sin embargo, El profesional de Enfermería Especialista en Cuidados Intensivos, en su etapa de formación académica, adquiere conocimientos, habilidades y destrezas que permiten brindar el cuidado de calidad que el paciente requiere durante su proceso salud-enfermedad. Es así como; la comunicación, se considera la base de las interacciones sociales resultando beneficiosa cuando se eligen estrategias para comunicarse con el paciente.

Ante el planteamiento de la problemática, se hace imprescindible la elaboración de un Proceso Atención de Enfermería de Tercera Generación en paciente consciente positiva a COVID-19 con Ventilación Mecánica Invasiva, a través de las diversas Teorías de Enfermería: Teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson, la Teoría de Cuidados Transpersonales de Jean Watson, y la Teoría de las relaciones interpersonales de Hildegard Peplau.

Así mismo, al término de la fase de destete de la VMI y post delirium, se hace uso del instrumento de comunicación propuesto por Granados 2012, quien defiende que: “Con poca inversión se puede crear un instrumento de comunicación con pictogramas que posibilite al paciente crítico y a la enfermera, una comunicación efectiva y por ende, el bienestar del paciente para una pronta recuperación”, todo ellos con la finalidad única de evitar situaciones de estrés y largas estancias en la U.C.I.

III. Objetivos.

3.1 General

- Implementar el Proceso Atención de Enfermería de Tercera Generación en paciente consciente positiva a COVID-19, con Ventilación Mecánica Invasiva en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), del Hospital Militar Regional de Acapulco de Juárez, Guerrero.

3.2 Específicos

- Recolección y validación de datos clínicos de paciente consciente positiva a COVID-19, con Ventilación Mecánica Invasiva en la UCI.
- Describir diagnósticos de Enfermería en paciente consciente positiva a COVID-19, con Ventilación Mecánica Invasiva en la UCI.
- Planear resultados esperados e intervenciones de Enfermería específicos, para favorecer el bienestar y entorno de la paciente consciente positiva a COVID-19, con Ventilación Mecánica Invasiva en la UCI.
- Ejecutar actividades de Enfermería con fines de mejoría físico y espiritual en nuestra paciente consciente positiva a COVID-19, con Ventilación Mecánica Invasiva en la UCI.
- Evaluar resultados de acuerdo a indicadores de calidad, para el fomento de la participación del equipo de salud y familiares, ante el proceso salud-enfermedad.

IV. Metodología.

El Proceso Atención de Enfermería de Tercera Generación aplicado a paciente consciente positiva a COVID-19 con Ventilación Mecánica Invasiva, inicia desde el 15 de Septiembre de 2020 cuando se reflejan síntomas característicos de la enfermedad, se decide su internamiento el 26 de Septiembre de 2020, en el Hospital Militar Regional de Acapulco de Juárez Guerrero, por presentar signos y síntomas propios de la patología SARS COV-2, COVID-19: SP02 75%, disnea de medianos esfuerzos, tos seca, temperatura de 37.5° y malestar general.

Al estar en hospitalización, se mantiene durante 2 días con puntas nasales a 15 litros por minuto y a su vez, mascarilla con bolsa reservorio, no obteniendo los resultados deseados, se procede a la intubación, previo consentimiento informado, el día 28 de Septiembre, tolerando adecuadamente por 11 días, manteniendo una saturación entre 95 y 99%, y el resto de los signos vitales dentro de los parámetros normales.

Se explica a los familiares la finalidad del proceso de estudio, y el consentimiento informado para obtener datos de la paciente y llevar a cabo la valoración correspondiente de acuerdo a la teoría de Virginia Henderson y la Teoría del cuidado Transpersonal de Watson, y a la interacción con la paciente a través de la Teoría de las Relaciones Interpersonales de Hildegard Peplau, interrogando de manera directa (paciente), en la medida de sus posibilidades, e indirecta (familia, personal de enfermería y expediente clínico de la paciente) para la recopilación de datos y la elaboración de los Planes de Cuidados de Enfermería.

Al término de la fase de destete de la VMI y post delirium, se hace uso del instrumento de comunicación, cuando la paciente presenta dificultades en la comunicación- Se hace uso de la taxonomía NANDA-NOC-NIC, para la formulación de los diagnósticos enfermeros pertinentes, así como las intervenciones, actividades y resultados esperados para contribuir en la evolución de la paciente.

Población: Paciente consciente positiva a COVID-19, con Ventilación Mecánica Invasiva en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Militar Regional de Acapulco de Juárez, Guerrero y al ser dada de alta.

Recursos humanos: Yarib Petatàn Bárcenas estudiante de la Especialidad de Enfermería en Cuidados Intensivos.

Lugar: Hospital Militar Regional Acapulco, Guerrero y el hogar de la paciente al ser dada de alta.

V. Marco teórico.

5.1 Enfermería como profesión disciplinaria.

El reto actual para la Enfermería, es instituirse como una disciplina científica en el seno de las universidades y brindar a la sociedad profesionales de alta calidad, cuyo objetivo sea el cuidado de la salud de todas las personas. Al inicio de la historia de los Cuidados de Enfermería, estos estuvieron apartados del método científico, basándose únicamente en conocimiento empírico, hoy día el Proceso Atención de Enfermería (PAE) permite reconocer a la Enfermería como una ciencia y no como un oficio. Este cambio es producto del esfuerzo de los profesionales por atender demandas sociales en materia de salud, y así mismo fundamentar el cuidado en aspectos validados científicamente. (Cepeda R. M., 2015)

5.2 El cuidado como objeto de estudio.

El ser y el hacer de la Enfermería, han sido abordados por diversos teóricos, los cuales han coincidido en identificar el cuidado como la esencia de la profesión; definiéndose como: un fenómeno social y cultural, una ciencia social y humana que necesita preparación, conocimientos, investigación y, sobre todo, experiencia de trabajo de campo. (Cepeda R. M., 2015)

5.3 Proceso Atención de Enfermería.

De acuerdo a Rosa María Cepeda, 2014 (Cepeda R. M., 2015) “El Proceso Atención de Enfermería, es el método mediante el cual se fundamenta científicamente la práctica profesional de Enfermería; se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de los problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o sistema familiar”

Desde la perspectiva teórica, el PAE favorece la interacción humana que busca conocer las respuestas humanas ante los problemas del orden biológico, psicológico y social y promover la adaptación, mediante una estrategia de aproximación cualitativa y holística que permite el trabajo conjunto entre los actores del cuidado para la realización de acciones que optimicen las capacidades individuales, fomenten el autocuidado, el bienestar, el desarrollo humano, la mitigación del dolor, la recuperación de la salud o la muerte en condiciones de dignidad. (Rojas J. G., 2010)

Antecedentes del Proceso Atención de Enfermería.

El PAE, por primera vez fue considerado como un proceso; esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), quienes consideraron un proceso, que consta de 5 etapas.

En México, a partir de los años sesenta, la Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería, señaló la importancia de que en la enseñanza se hicieran cambios que favorecieran e impulsaran el pensamiento reflexivo, ordenado y analista que se requiere para brindar una atención adecuada, y que el cuidado se fundamente en una metodología científica. (Cepeda R. M., 2015)

5.4 Modelo teórico utilizado para la elaboración del Proceso Atención de Enfermería.

5.4.1 Teoría de las 14 necesidades básicas del ser humano, de Virginia Henderson.

Para Henderson, la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas es un criterio importante para la salud, considera que la persona es un todo completo con 14 necesidades básicas, quien, a su vez, busca la independencia y se esfuerza para lograrla, y cuando una necesidad está alterada, la persona no es un todo.

Conceptos meta paradigmáticos.

Enfermería: Las Enfermeras deben de alguna forma ponerse en la piel de cada enfermo para conocer que clase de ayuda necesita de ella.

Persona: Individuo que necesita de la asistencia para alcanzar la salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad influyente por el cuerpo y por la mente. La persona tiene unas necesidades básicas que cubrir para supervivencia necesita fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana.

Entorno: Sin definirlo explícitamente, lo relaciona con la familia, abarcando la comunidad. La salud puede verse afectada por los factores: Físicos: aire, temperatura, sol, etc. Personales: edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia.

Salud: La define como la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las catorce necesidades básicas similares a las de Maslow: las primeras 7 necesidades están relacionadas con la fisiología, 8 y 9 relacionada con la seguridad, 13 con la propia estima, 11 con la pertenencia, 12 a 14 con la autorrealización.

1. Respirar normalmente: Función vital mediante el cual el organismo absorbe oxígeno y elimina dióxido de carbono.
2. Comer y beber adecuadamente: Tras conseguir el oxígeno requerido para las funciones vitales, el organismo necesita hidratarse y nutrirse de manera adecuada para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.
3. Eliminar desechos del organismo por todas las vías corporales: nuestro cuerpo procesa y elimina aquello que no necesita y que una vez usado se convierte en desecho tóxico, entre ellas heces, orina, sudor, aire.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas: El movimiento nos hace libres de hacer aquello que necesitamos, queremos o debemos, cuando una persona ve limitado su movimiento, sea en mayor o en menor grado, se ve obligado a pedir ayuda.
5. Dormir y descansar: Nuestro organismo necesita reponer fuerzas para emprender un nuevo

día, el sueño reparador por la noche y los pequeños descansos por el día, hace que seamos capaces de proseguir nuestros quehaceres.

6. Escoger ropa adecuada: Vestirse y desvestirse una tarea tan simple como elegir ropa que quieres llevar y ser capaz de ponérsela uno mismo es sinónimo de independencia.

7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando y modificando el ambiente: Encontrarse en un ambiente con la temperatura adecuada, ser capaz de regular tu organismo, según haga frío o calor, no tener una temperatura corporal que signifique hipotermia o hipertermia.

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel: Poder asearse sin ayuda.

9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas: Ser capaz de identificar peligros de la vida diaria y saber cómo actuar para prevenirlos.

10. Comunicarse con los demás: Expresando emociones, necesidades, temores u opiniones

11. Creencias y religión: Vivir de acuerdo con las propias creencias y valores: poder expresar y actuar de acuerdo a la ideología.

12. Trabajar: Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal, para sentirse útil y parte de la sociedad.

13. Participar en actividades recreativas: Tiempo de distracción, disfrute y relajación.

14. Aprender: Descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Analizando la bibliografía, los pacientes intubados en estado consciente, manifiestan alteración sobre todo en la necesidad de respiración desde luego, y el comunicarse, altera el resto. (López, 2014)

5.4.2. Teoría del cuidado humano de Margaret Jean Watson.

La Teoría del Cuidado Humano se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador. Su teoría tiene un enfoque filosófico (existencial-fenomenológico), con base espiritual, cuidado como un ideal moral, y ético de la enfermería. La filosofía de Jean Watson sostiene que el cuidado humano comprende; un compromiso moral, considera que el estudio de las humanidades expande la

mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

Conceptos meta paradigmáticos

Persona: Desde la mirada existencialista, Watson considera la persona como un ser en el mundo, como una unidad de mente, cuerpo y espíritu, que experimenta y percibe lo existente.

Salud: Tiene que ver con la unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma, asociado con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.

Enfermería: Centrada en relaciones de cuidados transpersonales; es un arte cuando la Enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y a su vez, es capaz de expresarlos de forma semejante que la otra persona los experimenta.

Medio ambiente: Es la realidad objetiva y externa demás del marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, o realidad subjetiva, incluye la percepción de sí mismo; creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado) (Álvarez., 2021)

Campo fenomenológico

El cuidado inicia cuando la Enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente y responde a la condición del ser del paciente.

El cuidado humanizado requiere de un compromiso moral por parte de los profesionales de salud, el cual requiere cada individuo, sea sano o enfermo, para mejorar su calidad de vida, inmerso en la educación en cada cuidado brindado, y de esta manera elevar la percepción de los pacientes en relación al cuidado humanizado

Escala en la medición del Cuidado Humano Transpersonal basado en la Teoría de Jean Watson; el cual presentan 6 dimensiones:

Satisfacer las necesidades. Las necesidades humanas están estratificadas. El brindar cuidados es, por tanto, el trabajo profesional destinado a la satisfacción de necesidades humanas en el ámbito de la salud de un individuo, comunidad o población.

Habilidades, técnicas de la Enfermera. Se sustenta por la sistematización de la asistencia o proceso de Enfermería bajo la responsabilidad de la Enfermera.

Relación Enfermera - Paciente. La comunicación representa una necesidad del paciente y de la familia, al mismo tiempo permite al paciente conocer su estado de salud y estar actualizado respecto a su enfermedad. Para esto es necesario la sensibilidad, la apertura y el altruismo, pero también la congruencia, que tiene que ver con la honestidad, con la percepción de realidad y con el apego a la verdad.

Autocuidado de la profesional. Cuidado profesional es el cuidado desarrollado por profesionales con conocimientos científicos en el área de la salud, dotados de habilidades técnicas que auxilian individuos, familias y comunidades a mejorar o recuperar la salud.

Aspectos espirituales del cuidado Enfermero. En esencia la espiritualidad es un fenómeno íntimo y trascendente que es vital para el desarrollo de la recuperación de calidad en el paciente. Además, una fortaleza, motivación y búsqueda del significado de la vida. Es por esto que el cuidado espiritual ofrecido por el profesional de Enfermería debe ser uno con un sentido de responsabilidad, respeto y dedicación al paciente, sobre todo si el paciente está en el proceso de muerte.

Aspectos éticos del cuidado. La ética de Enfermería, estudia las razones de los comportamientos en la práctica de la profesión, los principios que regulan dichas conductas, las motivaciones, y los valores. (Rosa Guerrero Ramírez, 2015)

Teoría del Cuidado Humano.

Sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la Enfermería. Jean Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

Es por esto que se basa en siete supuestos básicos en su teoría del cuidado humano;

1. El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal.
2. El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.
3. El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.
4. Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.
5. Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.
6. El cuidado es más “salud-genético” que la curación. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.
7. La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería.

La teoría de *Jean Watson* pertenece a la Escuela del Caring (cuidado). Las teóricas de esta escuela creen que las Enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad y la cultura e integran los conocimientos vinculados a estas dimensiones, para ello presenta los Factores curativos de la ciencia del cuidado:

- 1- Formación de un sistema humanístico – altruista de valores: este factor, que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción de cuidado Enfermero holístico y el cuidado

positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la Enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas del paciente que buscan la salud.

- 2- Inculcación de la fé-esperanza: Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo.
- 3- Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás: El reconocimiento de los sentimientos lleva a la auto actualización a través de la auto aceptación tanto para la Enfermera como para el paciente. A medida que las Enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.
- 4- Desarrollo de una relación de ayuda-confianza: El desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la Enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz.
- 5- Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos negativos: El hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la Enfermera como el paciente. La Enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. La Enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.
- 6- Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones: El uso del Proceso de Enfermería, aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado Enfermero, disipando la imagen tradicional de la Enfermera como ayudante de un médico. El Proceso Enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a lo sistemático y organizado.
- 7- Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal: Este factor es un concepto importante para la Enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente este informado, y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La Enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza – aprendizaje diseñado para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.
- 8- Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual: Las Enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y

externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos de relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.

- 9- Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas: La Enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y el paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior.
- 10- Permisión de fuerzas existenciales – fenomenológicas: La fenomenología describe a los datos de la situación inmediata que ayudan a la gente a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenológicos.

Tomando partido por el criterio que la teoría de *Jean Watson* se centra en el cuidado e intenta responder ¿cómo las Enfermeras hacen lo que hacen?, *J. Watson* se orienta hacia lo existencial, fenomenológico y espiritual, se inspira en la Metafísica, las Humanidades, el Arte y la Antropología.

Por lo que se asume que *Jean Watson* sustenta su trabajo en desarrollar una base moral y filosófica significativa en la labor del personal de Enfermería, su teoría del ejercicio profesional de la Enfermería se basa en los 10 factores asistenciales.

Para *Jean Watson*, la práctica del cuidado en Enfermería envuelve nutrición, creación y cultivo del potencial para ocasiones de cuidado. En pocas palabras, confianza en uno mismo, valentía que proviene del conocimiento certero de nuestras capacidades, valores y metas. La gestión del cuidado en forma oportuna, segura y satisfactoria lleva implícito el imperativo ético de conservar claridad en los pensamientos y no cometer ninguna violación que influya de manera negativa en la atención al paciente.

Se toma como referente la definición ofrecida por *Watson*, 1996: La meta del cuidado transpersonal es restaurar la armonía entre la mente-cuerpo y alma en su totalidad. En los contextos profesionales, el cuidado se construye en ocasiones específicas o momentos, cuando

enfermera y persona experimentan el proceso intersubjetivo de compromiso y armonía. Proceso en el cual las emociones siempre están presentes. (Enfermería R. C., 2015)

Tabla 1. Factores caritativos del cuidado que propone Margaret Jean Watson.

FACTORES CARITATIVOS DEL CUIDADO. (F.C)	PROCESOS CARITAS DE CUIDADOS (PCC)
FC1: Formación humanística altruista en un sistema de valores.	
FC2: Incorporación de la fe esperanza.	
FC3: El cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros.	
FC4: El desarrollo de una relación de ayuda y confianza.	
FC5: la aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos	
FC6:El uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial	
FC7: La promoción de una enseñanza aprendizaje interpersonal	
FC8: La creación de un entorno protector y o correctivo para el medio físico.	
FC.9 La asistencia con la gratificación de necesidades humanas.	
FC10: El reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales.	

5.4.3. Teoría de las relaciones interpersonales de Hildegard E. Peplau.

La Teoría de las Relaciones Interpersonales, refiere la importancia y el impacto de la interacción Enfermera - Paciente, definido como “proceso interpersonal significativo y terapéutico”. (Sánchez, 2018).

Conceptos paradigmáticos.

Persona: Considerada como un organismo que vive en un equilibrio inestable, luchando por lograr un equilibrio estable.

Enfermería: Se ocupa de las necesidades de salud, de individuos y grupos de comunidad, proceso terapéutico interpersonal, que se realiza a través de la relación enfermero-paciente.

Salud: En dirección de una vida creativa, constructiva, productiva tanto a nivel personal como comunitario.

Entorno: son las fuerzas que existen fuera del organismo y en el contexto de las culturas, de las cuales se adquieren gustos, costumbres, creencias. Incluye siempre el proceso interpersonal. (Sánchez, 2018)

Peplau identifica a Enfermería como ciencia humana, utilizando como base a Maslow, Freud, etc. (García, 2019) Es una teoría cuya esencia es la relación humana entre un individuo enfermo o que requiere servicio de salud y una Enfermera educada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda (López, 2014). Permite que los profesionales de Enfermería dejen de centrarse en la atención biologicista de la enfermedad y puedan explorar los sentimientos y conductas propias y del otro frente a la enfermedad, logrando una relación enfermera-paciente que permite afrontar los problemas de manera conjunta.

Tipo de relación.

Peplau menciona que la relación se caracteriza por ser una comunicación de carácter terapéutico, analiza 4 experiencias psicobiológicas que obligan a los pacientes a desarrollar respuestas destructivas o constructivas, frente a: necesidad, frustración, conflicto y ansiedad:

- **Orientación:** En esta fase, el individuo siente una necesidad y busca atención profesional, la Enfermera ayuda al paciente a reconocer y comprender su problema de salud para determinar su necesidad de cuidado.
- **Identificación:** Aquí el paciente se identifica con las personas que le brindan cuidados, la Enfermera favorece la exploración de las sensaciones y la expresión de los sentimientos relacionados con su percepción del problema para ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad y a reforzar los mecanismos positivos de la personalidad que le proporcione la satisfacción que necesita.
- **Explotación:** durante esta fase el paciente trata de obtener el máximo de la relación y conseguir los mayores beneficios posibles.
- **Resolución:** esta se produce cuando el paciente abandona los viejos objetivos y se traza nuevas metas. En este proceso, el paciente se independiza de la identificación con la Enfermera. (García, 2019)

Entre los principales conceptos y definiciones, la teoría de las relaciones interpersonales describe 6 roles de la enfermera: extraño, persona recurso, profesor, líder, sustituto y asesor; que se establecen en correspondencia con las fases de la relación enfermera-paciente.

- **Rol de extraño:** Teniendo en cuenta que la Enfermera y el paciente no se conocen, este debe ser tratado con respeto y cortesía. La Enfermera no debe prejuizar al paciente, si no aceptarlo como es. El paciente se reconoce como capacitado, a menos que la evidencia indique lo contrario.
- **Rol de la persona recurso:** La Enfermera ofrece respuestas concretas a las preguntas, sobre todo las referidas a información sanitaria y explica al paciente el tratamiento. Esta determina el tipo de respuesta apropiada para un aprendizaje constructivo.
- **Rol docente:** es una combinación de todos los restantes. Se origina del conocimiento del paciente y del desarrollo de la capacidad de utilizar la información.
- **Rol de liderazgo:** implica un proceso democrático. La Enfermera ayuda al paciente a satisfacer sus necesidades a través de una relación de cooperación y participación activa.
- **Rol de sustituto:** El paciente asigna a la Enfermera un papel de sustituto. La Enfermera, con su actitud provoca en el paciente sentimientos similares a los generados en una relación anterior. La función de la Enfermera consiste en ayudar al paciente a reconocer las semejanzas entre ella

y la persona recordada, posteriormente ayudará a percibir las diferencias entre su función y la de dicha persona recordada.

- Rol de asesoramiento: Se establecen según el modo en que las Enfermeras responden a las peticiones del paciente. Incluye ayudar al paciente a entender lo que le está ocurriendo. Peplau le concede mayor importancia en la Enfermería Psiquiátrica. (Sánchez, 2018)

5.5 Etapas del Proceso Atención de Enfermería.

Alfaro define el PAE como "conjunto de acciones intencionadas que la Enfermera realiza en un orden específico con el fin de asegurar que una persona o un grupo de persona reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de Enfermería, en un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de Enfermería, compuesto por 5 pasos sucesivos:

5.5.1. Valoración.

De acuerdo a Muñoz, es la primera etapa del PAE, considerada la parte más importante del proceso, porque ofrece una base sólida para una atención individualizada y de calidad, por tanto, se consideran algunos tipos de valoración:

Valoración inicial o básica: se realiza durante la entrevista inicial con la persona para reunir información sobre todos los aspectos del estado de salud, a través de una guía estructurada.

Valoración continuada o focalizada: este tipo de valoración se puede realizar con preguntas cortas y las más relevantes para cada patrón, por ejemplo: ¿Cuál es el estado de salud de la persona?

Valoración de urgencia o rápida: se realiza para reunir información en el menor tiempo posible, generalmente en personas en estado crítico, con el fin de obtener datos que permitan la intervención rápida de enfermería.

Fases de la valoración.

1.- Recolección de datos.

Consiste en la obtención de la historia de salud y estado global de la persona, a través de diversas fuentes y técnicas: primaria quien es el paciente, secundario, es decir, la familia, equipo de salud, expediente clínico, etc.

En la recolección de datos se obtiene cuatro categorías:

Datos subjetivos: significa la apreciación de la propia persona con respecto a su estado de salud: “tengo náusea”, “no puedo respirar con normalidad”, “me duele o tengo dolor”, “me fatigo al caminar”.

Datos objetivos: son aquellos susceptibles de ser observados y medidos o cuantificables por el profesional de salud: temperatura corporal en grados, peso en kilogramos, talla en centímetros, etc.

Datos de antecedentes: se refieren a las situaciones de salud o enfermedad ocurrido con anterioridad: datos heredofamiliares, enfermedades de la infancia, del momento de nacer, inmunizaciones que les fueron aplicadas, etc.

Datos actuales: comprenden los hechos que están ocurriendo: cifras de signos vitales, condiciones generales, características del vómito, etc.

Métodos y técnicas de recolección de datos.

Entrevista: técnica empleada principalmente para la obtención de los datos subjetivos: consta de 3 secciones: inicio, cuerpo y cierre. Y puede ser formal o estructurada, es decir, diseñada para una finalidad terapéutica en la cual el profesional de enfermería realiza la historia de la persona, o informal o incidental; es la conversación entre el personal de enfermería y el paciente durante el curso de los cuidados.

Observación: comprende la utilización de todos los sentidos corporales: vista, olfato, oído y tacto, para captar la información de manera globalizadora.

Examen físico: se realiza a través de ciertas técnicas con la finalidad de obtener información, considerado el tercer medio más importante de recolección de datos durante la valoración y se utilizan 5 técnicas básicas:

Inspección: examen visual, cuidados y global de la persona para determinar estado o respuestas, es el uso de los órganos de los sentidos, pueden instrumental cuando se utilizan dispositivos; lámparas, otoscopios, abate lenguas. Cada zona se inspecciona en cuanto a tamaño, forma, color, textura, aspecto, posición, situación anatómica, simetría, etc.

Palpación: consiste en la utilización del tacto, y puede ser superficial cuando la piel se deprime con los dedos suavemente de 0.5 a 1cm, o profunda, cuando la piel se deprime de 2 a 3 cm.

Percusión: consiste en golpear la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos y vibraciones que determinen la localización, tamaño y densidad de las estructuras. Existe percusión directa cuando la superficie del cuerpo se golpea con 1 o 2 dedos, y percusión indirecta, cuando el dedo medio de la mano no dominante se coloca firmemente contra la superficie a percutir.

Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo: corazón, pulmones, intestino y arterias. Todos los sonidos tienen 4 características; frecuencia medida en un minuto, intensidad de aguda a grave, calidad o característica de los sonidos, duración o calidad de tiempo que permanece el sonido.

2.- Validación de los datos.

Significa asegurarse de que los datos que se recabaron con reales, si existe alguna duda se sugiere corroborar 2 veces.

3.- Registro y organización de los datos.

Dentro de esta fase se lleva a cabo el ordenamiento de los datos, puede emplearse el marco de referencia de Orem, V. Henderson o Calista Roy. (Muñoz, 2014)

5.5.2 Diagnóstico.

Es la segunda fase del PAE, definido como “juicio clínico sobre respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales”, además es la base para las posteriores fases del proceso. Desde 1973, la NANDA, se ha ocupado de desarrollar una taxonomía

diagnóstica que permite sentar las bases para encontrar y consolidar la identidad profesional del quehacer independiente de las enfermeras.

Componentes.

La NANDA determina que cada diagnóstico de Enfermería , debe contener los componentes:

Etiqueta: enunciado del problema proporciona el nombre al diagnóstico.

Definición: proporcionan una descripción clara y precisa.

Características definitorias: grupo de claves o signos y síntomas observables que se agrupan como manifestaciones en un diagnóstico Enfermero.

Factores relacionados: pueden describirse como antecedentes asociados, relacionados, contribuyentes o coadyuvantes del diagnóstico.

Factores de riesgo: factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad del individuo.

Taxonomía.

Consta de 13 dominios con sus respectivas 48 clases que permiten ubicar el posible diagnóstico.; cada dominio fue dividido por clases que se definieron como: Una subdivisión de un grupo mayor, una división de las personas/cosas por su calidad.

Tabla 2. 13 dominios y 48 clases que permiten obtener diagnósticos de Enfermería.

DOMINIOS	CLASES
Dominio 1: promoción de la salud.	Clase 1: toma de conciencia de la salud- Clase 2: gestión de la salud-
Dominio 2: Nutrición.	Clase 1: Ingestión Clase 2: digestión. Clase 3: absorción. Clase 4: metabolismo. Clase 5: hidratación.
Dominio 3: eliminación e intercambio.	Clase 1: función urinaria. Clase 2: función gastrointestinal

	Clase 3: función tegumentaria. Clase 4: función respiratoria.
Dominio 4: actividad/reposo.	Clase 1: reposo-sueño. Clase 2: actividad-ejercicio. Clase 3: equilibrio de la energía. Clase 4: respuestas cardiovasculares-pulmonares. Clase 5: autocuidado.
Dominio 5: percepción cognición.	Clase 1: atención. Clase 2: orientación. Clase 3: sensación-percepción. Clase 4: cognición. Clase 5: comunicación.
Dominio 6: autopercepción.	Clase 1: autoconcepto. Clase 2: autoestima. Clase 3: imagen corporal
Dominio 7: rol-relaciones.	Clase 1: roles de cuidador. Clase 2: relaciones familiares. Clase 3: desempeño de rol.
Dominio 8: sexualidad.	Clase 1: identidad sexual. Clase 2: función sexual. Clase 3: reproducción.
Dominio 9: afrontamiento-tolerancia del estrés.	Clase 1: respuestas postraumáticas. Clase 2: respuestas de afrontamiento. Clase 3: estrés neuro comportamental.
Dominio 10: principios vitales.	Clase 1: valores. Clase 2: creencias. Clase 3: valores/creencias/congruencia de las acciones.
Dominio 11: seguridad-protección.	Clase 1: infección. Clase 2: lesión física. Clase 3: violencia. Clase 4: peligros del entorno. Clase 5: procesos defensivos. Clase 6: termorregulación.
Dominio 12: confort.	Clase 1: confort físico. Clase 2: confort del entorno. Clase 3: confort social.
Dominio 13: crecimiento-desarrollo.	Clase 1: crecimiento. Clase 2: desarrollo.

Clasificación de los datos:

Se ejemplifican los casos de Henderson, Orem etc, para clasificar los datos en subjetivos, objetivos y antecedentes.

Agrupación de la información.

Es la segunda fase del proceso diagnóstico, consiste en reconocer datos que determinan la existencia de un problema, surgen de la comparación de los datos obtenidos, se recomienda formar racimos de datos para buscar características definitorias. (España, 2014)

Nominación del diagnóstico

En esta fase se describe el diagnóstico de Enfermería; para realizarlo se sugiere el formato PES (P: problema o respuesta humana, E: etiología y S: signos y síntomas), cuando es real. Cuando es de riesgo se utiliza el PF (P, problema, y F, factores de riesgo) (ANDRADE, 2014, pág. 85)

5.5.3. Planeación.

Es la tercera etapa del PAE, en ella se seleccionan las intervenciones de Enfermería una vez que se han analizado los datos de la valoración y se ha llegado al diagnóstico de enfermería. Se trata de establecer intervenciones de enfermería que conduzcan a la persona a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. Las etapas indispensables:

Establecer prioridades.

Cuando se ha identificado más de un diagnóstico de Enfermería, es necesario establecer un orden de prioridades, cuando varios diagnósticos presentan un mismo nivel de gravedad se puede recurrir a la jerarquía de necesidades de Maslow. Por tanto, para fines de enseñanza, se debe determinar cuál es el criterio de priorización fundamentado para comprender porque un diagnóstico tiene prioridad sobre otro.

Formulación de resultados esperados y objetivos de cuidados.

También se denominan objetivos de resultados, son considerados como los criterios mensurables que se utilizan para evaluar si se ha logrado el objetivo. Al establecer los objetivos hay que considerar el tiempo para poder obtener los resultados esperados, pueden ser a corto plazo (cuestión de horas o días), mediano plazo (una semana o un mes), largo plazo (mayor a 2 meses).

Elección de intervenciones de Enfermería.

Las intervenciones representan toda acción que realiza la Enfermera, toda actividad o comportamiento que adopta o que trata de desarrollar en la persona, en el marco de sus funciones profesionales, busca el mayor bienestar de la persona cuidada. La taxonomía NIC, consta de 542 intervenciones, que incluyen; cuidado directo, fisiológico y psicosociales, cuidados indirectos, tratamiento independiente y dependientes.

Documentación y registro.

Es el registro organizado de los diagnósticos de Enfermería, resultados esperado e intervenciones. (Guadalupe, 2014)

5.5.4. Ejecución.

Constituye la cuarta etapa del PAE, en la cual se pone en marcha el plan de cuidados y está enfocada en el inicio de aquellas intervenciones de Enfermería que ayudan a la persona a lograr los objetivos deseados. Es necesario tomar en cuenta que las acciones deben ser éticas y seguras. Para ello se enuncian 3 pasos:

Preparación.

Se considera revisar las intervenciones de Enfermería para asegurarse de que son compatibles con el plan de cuidados establecido y con las intervenciones de otros profesionales, analizar

todo a detalle, así como el reconocer las complicaciones potenciales y proporcionar un entorno adecuado y seguro para ambos.

Intervención.

Debe existir el razonamiento crítico, que permitirá determinar si las intervenciones planificadas son todavía adecuadas o si es necesario modificar el plan de cuidados.

Documentación.

El registro de los datos se llevará a cabo a través de notas de Enfermería de tipo narrativas en una hoja de enfermería avalada. (Alfaro, 2014)

5.5.5. Evaluación.

Es la quinta y última etapa del PAE, se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Es el instrumento que poseen las Enfermeras para medir la calidad de los cuidados que realizan, y de esta forma determinar si los planes han sido eficaces o por el contrario, se dan por finalizados.

Se deben comparar el resultado esperado con la realidad para poder establecer conclusiones, para ello existen dos posibles respuestas; se ha logrado el resultado o no se ha logrado el resultado.

Para ello existen métodos de evaluación de la calidad publicados por la Comisión interinstitucional de Enfermería en México, señalando seis indicadores de calidad (Enfermería C. I., 2015):

- Cumplimiento de criterios básicos para la administración de medicamentos por vía oral.
- Vigilancia y control de venoclisis instalada.
- Trato digno.
- Prevención de infecciones de vías urinarias.
- Prevención de caídas en paciente hospitalizados.
- Prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados.

Para finalizar la fase, se debe llevar a cabo una evaluación continua; la calidad de los cuidados siempre puede mejorarse. (Alfaro, Guadalupe Mendicuti, 2014)

El Proceso Atención de Enfermería es dinámico en su totalidad, Estos pasos se relacionan entre sí, aunque por cuestiones metodológicas el estudio de cada fase se hace por separado. (ANDRADE, 2014)

5.6 SARS-COV 2 (COVID-19)

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) los coronavirus son una gran familia de virus que causan enfermedad que van desde el resfriado común hasta enfermedades más graves. La epidemia de COVID-19 fue declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como una emergencia de salud pública de preocupación internacional, el 11 de Marzo de 2020 caracteriza por el director general el doctor Tedros Adhanomo como una pandemia. (Salud, 2020)

¿Qué es un Coronavirus?

Son una extensa familia de virus que puede causar enfermedades tanto en animales como en humanos. En los humanos, se sabe que varios coronavirus causan infecciones respiratorias que pueden ir desde el resfriado común hasta enfermedad más graves como el síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SARS). El coronavirus que se ha descubierto más recientemente causa la enfermedad por coronavirus COVID-19. (Organización Mundial de la Salud, 2020)

¿Qué es la COVID-19?

Es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente, conocida como una pandemia que afecta a muchos países de todo el mundo.

Síntomas de COVID-19.

Los más habituales son: fiebre, tos seca y cansancio.

Los menos frecuentes: malestar general, congestión nasal, dolor de cabeza, conjuntivitis, dolor de garganta, diarrea, pérdida de gusto y olfato, erupciones cutáneas o cambios de color en dedos o manos y pies.

La mayoría de las personas (alrededor del 80%) se recuperan de la enfermedad sin necesidad de tratamiento hospitalario. Alrededor de 1 de cada 5 personas que contraen la COVID-19 acaba presentando un cuadro grave y experimenta dificultades para respirar, requiriendo uso de ventilación mecánica no invasiva e invasiva. (Organización Mundial de la Salud, 2020)

Diagnóstico.

El examen molecular que se está empleando en todo el mundo para la detección directa de la infección con el SARS-COV-2 es la prueba de RT-PCR, sobre los genes expresados por este virus. Mediante el hisopado del tracto respiratoria previo uso de bioseguridad nivel 2, la viabilidad de la muestra es responsabilidad del personal que la recoge y que debe asegurar la cadena de custodia hasta que dicha muestra llegue al laboratorio, además de contar con todos los datos relevantes que permitan la correcta identificación de la muestra. (Priscila Aguilar Ramírez, 2020)

Prevención.

A lo largo del año de pandemia, se ha recomendado que las personas sigan utilizando cubre bocas y evitar tener contacto directo con otras personas para ayudar a prevenir la propagación, evitar acudir a lugares concurridos también a través de lavado de manos y el uso de alcohol gel, evitar tocar los ojos, nariz y boca, mantener una adecuada higiene respiratoria, cubrirse la boca y nariz al estornudar.

Tratamiento.

En diciembre de 2020, en México comenzó la etapa 1 de vacunación a personal de salud de primera línea de control de la COVID-19. La Guía Técnica de Aplicación: Vacuna BNT PFIZER/BIONTECH CONTRA EL SARS-COV2, menciona en la ficha de identificación:

Objetivo: orientar al personal aplicador de vacuna sobre los elementos técnicos de la vacuna BNT Pfizer/BioNTech contra el virus Sars-Cov2. En el que se describen las características de la vacuna estableciendo las etapas de descongelación hasta registro y manejo de desechos de la vacuna.

Descripción de la vacuna: La vacuna está compuesta por ácido ribonucleico mensajero (ARNm) de una sola cadena, producido por transcripción (in vitro) libre de células a partir de plantillas de ácido desoxirribonucleico (ADN) que tiene la información que codifica la producción de la proteína viral S (“Spike”) del SARS-CoV-2, agente causal de la COVID-19. La eficacia general a los 7 días posteriores a la aplicación de la segunda dosis de la vacuna fue de 95% en participantes sin evidencia de infección con SARS-COV2.

Presentación: La vacuna se presenta en frasco ampula de 0.45 mL que, una vez reconstituido, contiene 5 dosis de 30 microgramos (µg) cada una, de la vacuna mRNA BNT162b2 Pfizer/BioNTech.

Conservación: Los frascos ampula de la vacuna congelada, pueden mantenerse hasta por 6 meses a una temperatura de -80 °C a -60 °C. Durante el almacenamiento se debe minimizar la exposición a la luz de la habitación y evitar la exposición a la luz solar directa y ultravioleta. Una vez descongelada, la vacuna sin diluir puede almacenarse hasta por 5 días (120 horas) entre 2°C y 8°C. (Secretaría de Salud., 2021)

Tipos de vacunas disponibles para prevención de COVID 19 en México.

De acuerdo a Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades;

Marca de la vacuna
Moderna

¿Quiénes pueden recibir esta vacuna? ^[1]
Personas mayores de 18 años

¿Cuántas dosis necesitará?
2 inyecciones con 4 semanas (28 días) entre una aplicación y otra ^[2]

¿Cuándo estará totalmente vacunado?
2 semanas luego de su segunda dosis
Marca de la vacuna

¿Quiénes pueden recibir esta vacuna? ^[1]

Personas mayores de 18 años

¿Cuántas dosis necesitará?

1 dosis

¿Cuándo estará totalmente vacunado?

2 semanas luego de su dosis (Enfermedades, 2021)

Marca de la vacuna: Cansino

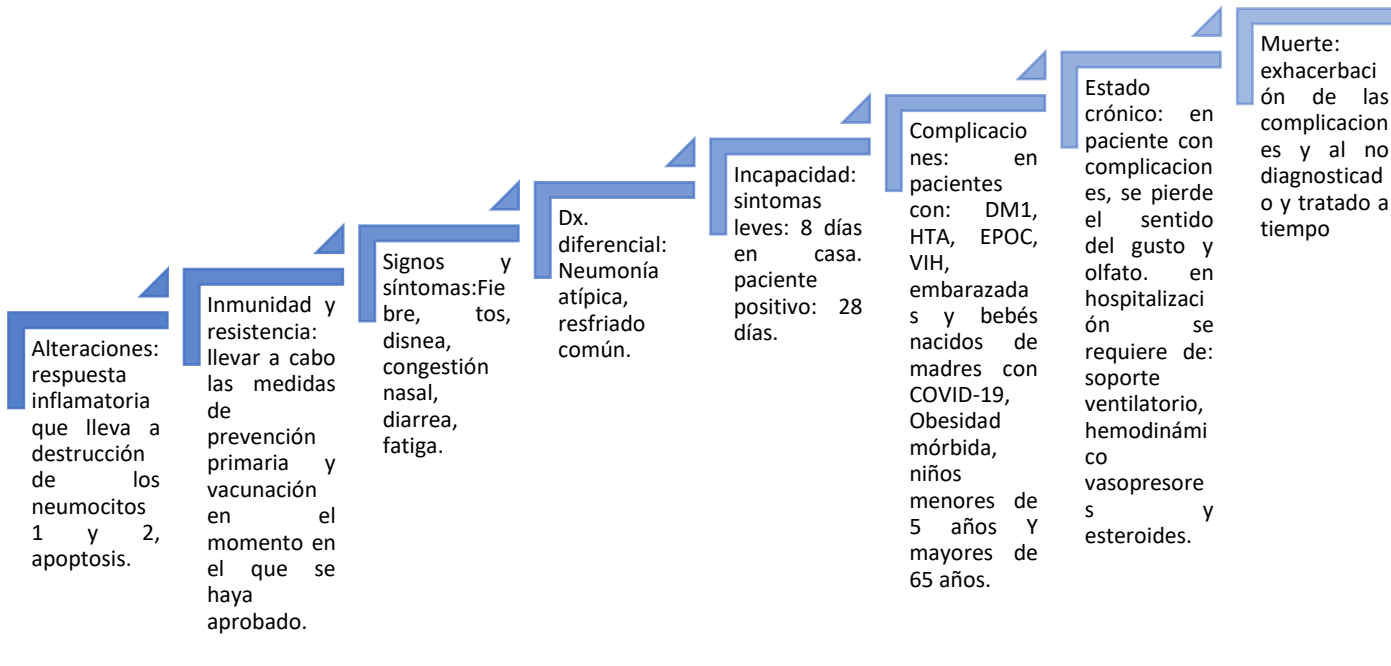
Presentación: ampula con una dosis de 0.5ml y frasco ampula con 10 dosis de 0.5 ml cada una.
Intramuscular, musculo deltoides del brazo de menor uso.

Conservación: puede mantenerse durante 12 meses en refrigeración entre 2°C y 8°C.

Indicada: para inmunización activa en personas de 18 años y más. (México, 2021)

Tabla 3. Historia Natural de la Enfermedad, elaborada por Yarib Petatàn Bárcenas.

<p>CONCEPTO: COVID 19 es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus, un nuevo virus asociado a la misma familia del síndrome respiratorio agudo severo, descubierto muy recientemente en Wuhan, China. Al ser una nueva cepa, antes esta enfermedad se denominada SARS-COV2 O 2019-nCoV.</p>		
<p>PERIODO PREPATOGÉNICO</p>	<p>PERIODO PATOGÉNICO</p>	
<p>HUÉSPED:</p>		
<p>Humano, aves, mamíferos, produciendo una serie de enfermedades respiratorias y digestivas letales.</p>		
<p>AGENTE:</p>		
<p>Orthocoronaviridae, es una familia de virus ARN que se subdivide en géneros, alpha, beta, gamma u delta coronavirus. Se les llama coronavirus por la corona de puntas que se ve alrededor de la superficie del virus.</p>		
<p>MEDIO AMBIENTE:</p>		
<p>Partículas de flugge producidas por el ser humano al estornudar, hablar o toser, en superficies inertes, contacto cercano con animales, cuidadores de pacientes infectados.</p>		
<p>PREVENCIÓN PRIMARIA</p>	<p>PREVENCIÓN SECUNDARIA</p>	<p>PREVENCIÓN TERCIARIA</p>
<p>Medidas de protección personal: lavado de manos, limpiar y desinfectar superficies, uso de cubre bocas, no mantener contacto manos con ojos u otras mucosas. Distanciamiento social, para evitar el contacto directo persona-persona.</p>	<p>Historia clínica con antecedentes personales patológicos, últimos viajes al extranjero. Cuidado del paciente crítico en UCI, con soporte ventilatorio, hemodinámico, con vasopresores, esteroides, cuidados paliativos etc.</p>	<p>Una vez dada el alta del paciente, se recomienda llevar a cabo medidas de prevención primaria para evitar la recidiva de la enfermedad. Y una vez que exista, adquirir Inmunidad inducida por una vacuna.</p>



Fuente: (OMS, 2020)

Definición de Enfermería.

Es la ciencia y arte humanístico dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas, ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad y una serie de conocimientos, principios habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes e interdependientes. (Secretaría de Salud, 2013).

Definición de Enfermería en Cuidados Intensivos.

Cuenta con una especialidad en medicina crítica y/o cuidados intensivos, deberá estar titulada por una institución educativa superior y demostrar habilidad para el cuidado del paciente crítico, así como también, llevar a cabo las funciones de Enfermería. (Secretaría de Salud, 2013)

Definición de estado agudo crítico.

Existencia de alteraciones fisiológicas que ponen en peligro la vida de los pacientes que presentan enfermedades con posibilidades razonables de recuperación. (Secretaría de Salud, 2013)

Definición de paciente en estado crítico.

Aquel que presenta alteración de uno o más de los principales sistemas fisiológicos, con pérdida de su autorregulación, que requiere soporte artificial de sus funciones vitales, asistencia continua y que es potencialmente recuperable. (Secretaría de Salud, 2013)

Definición de Unidad de Cuidados Intensivos.

El área de hospitalización en la que un equipo multidisciplinario proporciona atención médica a pacientes en estado agudo crítico, con el apoyo de recursos tecnológicos de monitoreo, diagnóstico y tratamiento. (Secretaría de Salud, 2013)

5.7 Ventilación Mecánica.

La ventilación mecánica, utilizada como procedimiento de urgencia, se usa hoy con frecuencia para dar apoyo a pacientes con insuficiencia respiratoria, puede suministrarse a los pacientes de

diversas modalidades: ventilación mecánica no invasiva (VMNI) y ventilación mecánica invasiva (VMI), raíz del contexto de esta investigación tomaremos en cuenta la segunda.

La ventilación mecánica, llamada también ventilación con presión positiva intermitente, es un intento de simulación de la ventilación fisiológica, considerada una terapia de soporte respiratorio para intentar mantener un intercambio gaseoso adecuado, por tanto no es curativa en sí misma. (AVENTHO, 2018)

Desde la antigüedad, el ser humano se ha esforzado por mantener la respiración, considerado como en aliento de la vida para el antiguo Egipto. En el año de 1951, durante la epidemia de la poliomielitis de Copenhague se crearon pulmotores, para atender a los pacientes con secuelas de la patología.

Entonces, durante la guerra de Crimea, Florence Nightingale había establecido las normas para agrupar a los heridos graves en áreas de cuidados críticos, presentándose a su vez, alteraciones pulmonares desconocidas: pulmón de choque, edema de pulmón, síndrome de distrés respiratorio en adultos.

Un avance en el estudio de la ventilación mecánica fue el paso de los ventiladores con presión negativa los de presión positiva: el Bird Mark y Baby Bird, inventados por Forrest M. Bird, con los que se logró reducir las muertes por distrés respiratorio. En 1970, nace el concepto de Ventilación mecánica a partir del uso de la PEEP (presión positiva al final de la espiración). (Zacarías, 2013)

Indicaciones para iniciar la Ventilación Mecánica.

Las principales situaciones clínicas que indican la necesidad de manejar la vía aérea y recurrir al uso de ventilación mecánica son las siguientes:

- Indicaciones respiratorias: hipoxemia (presión arterial parcial de oxígeno <60 mm Hg) por neumonía, edema agudo de pulmón, etc. hipercapnia (presión de CO_2 aumentada con acidosis respiratoria) por EPOC, crisis asmática, síndrome de Guilláin-Barré, etc. o ambas.
- Indicaciones de protección de la vía aérea: Apnea, obstrucción de la vía aérea, TCE, trauma facial con compromiso o sospecha de compromiso de la vía aérea, quemadura de la vía aérea.

- Indicaciones neurológicas: puntaje de escala de coma de Glasgow menor a 8 puntos y que durante la evaluación disminuya 2 puntos del puntaje inicial.
- Otras: cirugía mayor, anestesia, analgesia y sedación, transporte de un paciente con riesgo inminente de compromiso neurológico o respiratorio severo. (AVENTHO, 2018)

5.7.1. Ventilación Mecánica invasiva en COVID-19.

De acuerdo a John B. West, en el libro Fundamentos de Fisiopatología Pulmonar, la mayoría de los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda reciben apoyo de ventilación mecánica invasiva, que consiste conectar al paciente al ventilador con una cánula, o con menor frecuencia a través de una traqueostomía, esta última utilizada después de una intubación endotraqueal por tiempo prolongado, consta de neumotaponamiento para proveer un sello hermético, de esta forma los pulmones se inflan mediante suministro de presión positiva a las vías aéreas. (M.Luks, 2001)

Ante la presencia masiva de casos de COVID-19, el manejo ventilatorio adecuado de los pacientes con dificultad respiratoria surge como un desafío, se deben implementar estrategias de protección pulmonar, como la disminución de volumen corriente, presiones de meseta y frecuencias respiratorias han demostrado mejorar la sobrevida de los pacientes. (Meza, Carmen Chica;, 2020)

La intubación traqueal de los pacientes con COVID-19 es indispensable ante las exacerbaciones de la enfermedad, para ello se toma en cuenta las siguientes consideraciones para intubar a un paciente con COVID-19:

- Formar un equipo con el menor número de personas posible.
- Utilizar todos los elementos de protección recomendados (nivel 3 de protección)
- Realizar una secuencia de inducción rápida para reducir el tiempo de exposición, verificar la correcta posición del tubo con capnografía, si se dispone.
- Verificar el neumotaponamiento entre 20m y 30 cmH₂O, antes de iniciar la ventilación.
- Ante todo, contar con un filtro bacteriostático.

5.8 Paciente consciente con Ventilación Mecánica Invasiva, bajo sedación y analgesia.

De acuerdo a la Guía para el manejo de la sedo analgesia en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”; se deben establecer los beneficios generales de efectuar la sedación/analgesia a pacientes en los que esté indicado permitiendo a los pacientes tolerar y disminuir el trauma al estar dependientes de un respirador e intubados durante un tiempo corto o prolongado, así como, en otras áreas el proporcionar el mayor confort al estar sometidos a procedimientos incómodos y que puedan ser dolorosos al disminuir la ansiedad, otorgar analgesia y por lo tanto mejorar el confort.

Sedación y analgesia; son términos que se refieren a un grado amplio de estados farmacológicos, desde sedación mínima (ansiolisis) hasta la anestesia general. Entre los grados de sedación;

1.- Sedación mínima o ansiolisis: Se refiere a un grado muy superficial de sedación el cual existe una respuesta normal a la estimulación verbal; la vía aérea, la respiración espontánea y la función cardiovascular no están afectadas. En otras palabras, se refiere a un paciente tranquilo, cooperador y despierto.

2.- La sedación / analgesia moderada o sedación consiente: Se refiere al paciente bajo efectos de sedantes y analgésicos, en los que el paciente está tranquilo, y que responde a estimulación verbal o táctil, y donde también están mantenidas la vía respiratoria, la respiración espontánea y la función cardiovascular. Este grado se refiere a paciente tranquilo, sedado y cooperador a órdenes verbales o táctiles.

3.- Sedación / analgesia profunda: Estos pacientes están sedados profundamente y si les damos órdenes no responden, pero pueden responder a estimulación dolorosa repetida; en estos casos puede requerirse maniobras o intervenir directamente para mantener la vía respiratoria, por lo que la respiración puede ser inadecuada. En este grado de sedación la función cardiovascular usualmente se mantiene.

4.- Anestesia general: En este grado de sedación muy profunda, no hay respuesta a estímulos dolorosos, y se requieren maniobras para mantener la vía respiratoria permeable, y de no hacerlo, hay alteraciones en la mecánica respiratoria como obstrucción, siendo inadecuada la

respiración; la función cardiovascular puede estar alterada en éste grado de anestesia general. (Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", 2015)

Sedar al paciente tratado en la UCI, es un procedimiento rutinario que se realiza para el tratamiento de la ansiedad, adaptarlo a la asistencia de la ventilación e incluso para realizarle procedimientos invasivos rápidos o para proporcionarle los cuidados de Enfermería. (Nah, 2006)

El paciente con ventilación mecánica invasiva, tiene un tubo de plástico en la boca o nariz, que pasa a través de las cuerdas vocales hacia la tráquea, durante su estado consciente, a estos pacientes les incomoda la situación porque les impide hablar, comer por la boca y sienten malestar cuando el aire es impulsado “a fuerza” hacia los pulmones. En esta situación únicamente se hace uso de la Dexmedetomidina.

5.8.1. Agitación y delirium.

El delirium, es el estado de inicio agudo, caracterizado por cambios fluctuantes en el estado de orientación, es la presencia de movimientos frecuentes de la cabeza, brazos y piernas, o bien la desadaptación al ventilador mecánico, que persisten a pesar de los intentos de tranquilizar al paciente por parte del personal de salud a su cuidado, existe el riesgo de auto retiro de sondas y catéteres e inclusive del tubo endotraqueal, ello produce incremento del consumo de oxígeno por todos los órganos, lo que justifica la necesidad del tratamiento eficaz.

Entre las sustancias productoras de agitación: alcohol, tabaco, marihuana, entre los medicamentos son: atropina, corticoides, fenitoína, barbitúricos, fenotiazinas, antidepresivos tricíclicos, disulfan. Entre los estados tóxico orgánicos se encuentran: epilepsia, hemorragia subaracnoidea, EVC, encefalopatía hipertensiva, tumores intracraneales, sepsis, virus de inmunodeficiencia humana, hipotiroidismo, psicosis puerperal, fiebre, hipotiroidismo e hipoglucemia, así mismo insuficiencia hepática o renal.

Por su parte, el delirium tiene una elevada incidencia en el enfermo grave, suele cursar sus etapas con alucinaciones y cambios fluctuantes del estado mental y estado de conciencia. Entre los factores de riesgo se encuentra la sedación, las benzodiazepinas, presencia de cánula orotraqueal y traqueal, sonda vesical, gástrica, número de infusiones, aislamiento del paciente, no visualizar

la luz del día, pérdida del ciclo de vigilia-sueño. (Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", 2015, pág. 4)

5.8.2 Fármacos de elección para el tratamiento de la agitación.

Se recomienda el uso de la sedación consciente, utilización de dexmedetomidina, opioides como remifentanilo, fentanilo, sedantes como Propofol y midazolam.

Dexmedetomidina.

Mecanismo de acción: es un agonista selectivo de los receptores alfa-2 con un amplio espectro de propiedades farmacológicas, con efecto simpaticolítico a través de la disminución de la liberación de noradrenalina en las terminaciones nerviosas simpáticas. Efectos sedantes y analgésicos y ahorradores de anestésicos/analgésicos. Efectos cardiovasculares dependientes de la dosis, con dosis altas, los efectos vasoconstrictores periféricos con aumento de la resistencia vascular sistémica y la presión sanguínea, mientras que el efecto de bradicardia se ve aumentado.

Indicaciones terapéuticas: sedación a pacientes adscritos a la UCI, que requieren nivel de sedación correspondiente a un grado de 0 a-3 en la escala de sedación y agitación de Richmond (RASS). Sedación de pacientes adscritos no intubados, antes de y/o durante procedimientos diagnósticos o quirúrgicos que requieren una sedación consciente.

Modo de administración: únicamente como perfusión diluida intravenosa empleando un dispositivo para perfusión controlada.

Contraindicaciones: hipersensibilidad al fármaco, bloqueo cardíaco avanzado en ausencia de marcapasos, hipotensión no controlada.

Reacciones adversas: hipotensión, bradicardia, isquemia de miocardio, taquicardia, hiperglucemia, poliuria. (VADEMECUM, 2020)

Midazolam.

Produce ansiolisis, sedación, hipnosis, efectos anticonvulsivantes y miorelajación central. Modulador del receptor GABAA benzodiazepínico, acción sobre el sistema límbico: hipocampo y amígdala (ansiolisis). Inhibición pre sináptica en médula espinal, formación reticular

ascendente del tronco encefálico, ganglios basales y cerebelo (miorrelajante). Interacción y fijación en sitios específicos del receptor GABA.

Dosificación: Dosis de 0.03-0.3 mg/kg de peso/hora. Dosis de mantenimiento 0.03-0.2 mg/kg de peso/hora.

Efectos adversos: Cardiovascular: parada cardíaca, hipotensión, bradicardia. SNC: somnolencia, sedación, amnesia, mareos, excitabilidad paradójica, combatividad, cefalalgia, ataxia, nistagmos; mioclonías en prematuros. Gastrointestinal: náusea, vómito. Musculo esquelético: movimientos tónico-clónicos, temblor muscular. Ocular: lagrimeo, visión borrosa, diplopía. Respiratorio: depresión respiratoria, desaturación, apnea, laringoespasma, broncoespasmo, tos.

Propofol.

Agente anestésico intravenoso de acción corta adecuado para el mantenimiento de sedación y/o anestesia general. También Se utiliza en la sedación consciente, en pacientes que así lo requieren. 2-6 disopropilfenol, es un anestésico general de acción ultracorta, inicio de acción aproximadamente de 30 segundos, su metabolismo se basa en teoría de 3 compartimientos: primera fase de distribución muy rápida, seguida de eliminación rápida, y una fase final lenta, 9 su eliminación se lleva a cabo en el hígado en donde se forman metabolitos inactivos de Propofol y quinol que se excretan por orina, reduce el flujo sanguíneo cerebral, la presión intracraneana y el metabolismo.

Dosificación: Dosis de infusión en el paciente en estado crítico es desde 0.3 a 4/mg/kg/hr, valorando el nivel de sedación requerida para el paciente. Sedación consciente: 0.5-1 mg/kg/hr, de acuerdo al nivel de ansiolisis requerida, su infusión debe ser disminuida gradualmente para disminuir el riesgo de síndrome de abstinencia. Debe ser asociado a un analgésico narcótico, y/anestésico según sea la valoración médica con el paciente.

Efectos adversos: Dermatológicos. Musculo esquelético: movimientos involuntarios. Respiratoria: Apnea, acidosis respiratoria.: dolor en sitio de inyección. Gastrointestinal: Pancreatitis, nausea y vomito. (Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", 2015) (Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", 2015, págs. 7-10)

5.8.3 Escala de Sedación y Agitación de Richmond (RASS).

Richmond Agitación Sedation Scale (RASS) esta escala consta de 10 puntos, los valores positivos indican agitación y los valores negativos son usados para analizar la sedación. Fue descrita por Sessler en el año 2002, ha sido validada tanto en pacientes ventilados como en no ventilados y es la única escala que se ha estudiado específicamente para evaluar los cambios de sedación a lo largo del tiempo, es de fácil aprendizaje y de rápida aceptabilidad, es una escala de 10 puntos, muy intuitiva en su descripción, ya que los valores positivos indican agitación y los negativos sedación. (E. Celis Rodríguez y cols., 2015)

La Richmond Agitation Sedation Scale, es la escala recomendada para la monitorización de los pacientes con necesidades de sedación no profunda. La administración de sedante es un componente fundamental del tratamiento de los pacientes críticos que se encuentran en ventilación mecánica, como toda terapéutica administrada, la sedación debe ser monitorizada y controlada. Además, la Richmond Agitation Sedation Scale (RASS), tiene una buena correlación con la aparición de delirio una vez detectada la presencia o ausencia de atención. (José Luis Martínez Melgar, 2008)

Tabla 4. Escala de Agitación y Sedación RASS.

Puntuación	Denominación	Descripción	Exploración
+4	Combativo	Combativo, violento, con peligro inmediato para el personal.	Observar al paciente.
+3	Muy agitado	Agresivo, intenta retirarse los tubos o catéteres.	
+2	Agitado	Movimientos frecuentes y sin propósito; lucha con el ventilador.	
+1	Inquieto	Ansioso, pero sin movimientos agresivos o vigorosos.	
0	Alerta y calmado		
-1	Somnoliento	No está plenamente alerta, pero se mantiene mayor a 10 segundos despierto	Llamar al enfermo por su nombre.
-2	Sedación leve	Despierta brevemente a la llamada.	“
-3	Sedación moderada.	Movimiento o apertura ocular a la llamada o seguimiento con la mirada.	“
-4	Sedación profunda	Sin respuesta a la llamada, pero con movimiento o apertura ocular.	Estimular al enfermo sacudiendo su hombro o región esternal.
-5	Sin respuesta	Sin respuesta a la voz ni al estímulo físico.	

5.8.4 Escala RAMSAY.

De acuerdo a Richard Granados, los pacientes objetos de este instrumento, son quienes en la escala Ramsay, se mantengan en una medición de la escala entre 1 y 5.

La escala de RAMSAY, se describió y se utiliza desde 1974, por Michael Ramsay como parte de un estudio sobre el efecto de un anestésico esteroide, su empleo se asocia la disminución del tiempo de ventilación mecánica y de estancia en UCI. Valora 6 niveles de sedación que son: (Nah, 2006)

Anexo 1: Imagen escala de RAMSAY

5.8.5 Manejo del dolor.

Entre las causas frecuentes de dolor en pacientes graves; punciones vasculares, toma de muestras venosas, gasometrías arteriales, cateterismo, intubación/extubación, laringoscopia, sondaje, gastro-enterostomías, toma de radiografías, administración de medicamentos Existen consecuencias fisiopatológicas que alteran el dolor agudo: taquicardia, hipertensión arterial, incremento del consumo de oxígeno, hipoxia, atelectasias, náuseas, vómito, retención urinaria, ansiedad, miedo, sedación, disminución de la respuesta inmune.

Los fármacos que se utilizan principalmente para conseguir analgesia en pacientes críticos desde moderado a intenso.

Morfina.

Es el opiáceo de referencia, Actúa como agonista de los receptores μ , kappa y delta. Se absorbe bien por todas las vías (oral, SC, IM, IV, espinal) excepto la transdérmica. Por vía oral la biodisponibilidad es escasa debido al efecto de primer paso hepático, por lo que se requieren dosis mayores.

Dosificación: Como analgésico IV se suele administrar en bolos de 2 a 5 mg IV, o bien en infusión continua de 1 a 10 mg/h tras un bolo inicial.

Efectos adversos: Tiene acción antitusígena. Puede ocasionar cuadros de broncoespasmo mediados por la liberación de histamina cuando se administra a dosis altas. Es muy útil en el

tratamiento del edema agudo de pulmón, gracias a su efecto sobre la disminución de la precarga y la pos carga, la disminución del trabajo respiratorio y de la descarga simpática. También se emplea en pacientes con IAM, como se indicó anteriormente. Es el opiáceo por excelencia en el tratamiento del dolor postoperatorio, administrado tanto por vía intravenosa continua, en régimen de PCA o por vía epidural.

Buprenorfina.

Agonista parcial de los receptores morfínicos μ y antagonista de los receptores morfínicos κ . Posee una actividad analgésica muy superior a la de la morfina (0.2 a 0.6 mg de 15 buprenorfina equivalen a 5 a 15 mg de morfina IM). Además, los efectos analgésicos de la buprenorfina son más prolongados que los de la morfina. La depresión respiratoria es dosis dependiente. Muestra unos ligeros efectos bradicárdicos e hipotensores. Se cree que sus efectos adictivos son inferiores a los de la morfina.

Dosificación: Vía intramuscular o intravenosa 0.3 a 0.6 mg cada 6 a 8 horas. A infusión continua 0.9mg en solución salina para 24 horas.

Efectos adversos: Puede aparecer somnolencia, fácilmente reversible. Ocasionalmente se ha observado una ligera euforia. Puede producirse depresión respiratoria, náuseas, vómitos, vértigos y sudoración en algunos pacientes. En ocasiones se han detectado ligeras variaciones de presión arterial y pulso. Existe la posibilidad de que aparezca un cuadro de abstinencia al suspender un tratamiento prolongado. Si apareciera depresión respiratoria se debe mantener la ventilación y oxigenación adecuadas. Se tendrá en cuenta que la naloxona antagoniza sólo parcialmente los efectos de la buprenorfina. (Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", 2015)

5.9 La comunicación terapéutica.

Para la Real Academia Española, comunicación o comunicarse significa; conversar, tratar con alguien de palabra o escrito, hace a una persona partícipe de lo que se tiene, descubrir, manifestar o hacer saber a alguien algo. (Real Academia Española, 2020)

Estrategias de comunicación.

El no verbalismo, surge como una nueva ciencia social a finales del siglo XX, sobre la década de los 60, Está presente en todas las actividades, este proceso haría referencia básicamente a “cómo se dicen las cosas”, se da a través de múltiples signos, tanto a nivel corporal (gestos, miradas, posturas, movimientos). (Universidad del Salvador, 2020)

El lenguaje no verbal, se clasifica de acuerdo a KNAPP, en siete dimensiones de conducta no verbal en relación con la comunicación.

Kinésica: Es el estudio del movimiento corporal. Se calcula que existen más de 700.000 modos de comunicarse a través del cuerpo. Incluye los movimientos de las manos, la cabeza, las piernas, o cualquier otra parte del cuerpo (como los ruidos corporales, la dilatación de la pupila etc.), las expresiones faciales, la mirada y la postura.

Tactésica: Es el estudio sistemático del contacto corporal. Analiza que partes del cuerpo se utilizan para tocar, la frecuencia, la intensidad, el contexto donde se toca y su finalidad.

Proxémica: Trata de las características espaciales de la interacción social. Estudia las distancias, el territorio personal y la elección de la postura en la interrelación.

Paralingüística: Estudia la forma en que son dichas las palabras. Incluye el timbre de la voz, el tono, el volumen, el acento, las pausas silenciosas o rellenas con contenido (ejemplo, ¡ah!), la fluidez del lenguaje, el tartamudeo y la vocalización.

Artefactos: todos los objetos (ropa, joyas, perfume, peluca) y los adornos corporales (cabello, barba, bigote).

Factores ambientales: Describe las características del entorno donde tiene lugar la interacción.

Por otro lado, los actos no verbales son: la mirada, la sonrisa, la postura corporal, movimientos corporales, el tacto, el espacio personal, la escucha activa, el silencio. (Lorén., 2005)

Basado en algunas experiencias prácticas en la atención de los pacientes, se han identificado la necesidad de agrupar los actos no verbales a través de la creación de imágenes, paneles de comunicación, guías, cuadernos entre otros considerados ilustrativos que resultan de fácil comprensión y percibidas con facilidad por el paciente. (Cruz, 2015)

Mientras que la comunicación alternativa consiste en métodos de comunicación usados para reemplazar el habla, el uso de signos manuales y gráficos, el sistema morse, la escritura, etc. corresponden a la comunicación aumentativa.

De tal manera, diversos estudios reconocen el uso de material de comunicación visual ilustrado que aumenta la efectividad de la comunicación entre el paciente consciente con VMI y las enfermeras, aunque es de reconocer que no la resuelve en su totalidad. Por lo tanto se reconoce el sistema ARASAAC:

Comunicación aumentativa alternativa.

De acuerdo al Centro Aragonés para la Comunicación Aumentativa y alternativa (ARASAAC) los Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC) son formas de expresión distintas al lenguaje hablado, que tiene como objetivo aumentar o complementar la comunicación con las personas que tiene dificultades o no hablan (aumentativos) y/o compensar en personas que no posean el lenguaje oral ya sea de forma temporal o permanente (alternativos) las dificultades de comunicación u lenguaje de muchas personas con discapacidad.

La comunicación aumentativa y alternativa, incluye diversos sistemas de símbolos, tanto gráficos (fotografías, dibujos, pictogramas, palabras o letras) como gestuales (mímica, gestos o signos manuales) y en el caso de los primeros, requiere el uso de productos de apoyo. Los diversos sistemas de símbolos se adaptan a las necesidades de personas con edades y habilidades motrices, cognitivas y lingüísticas muy dispares. Los objetivos de la comunicación aumentativa y alternativa son:

- Ofrecer de manera temporal, un sistema de comunicación hasta que se reestablezca el habla.
- Brindar un medio de comunicación alternativa de por vida en caso de pérdida irreversible de la capacidad del habla.
- Ayudar al desarrollo o restablecimiento de la comunicación (Centro Aragónes para la Comunicación Aumentativa y Alternativa, 2020)

Tipos de comunicación aumentativa y alternativa

Los sistemas de símbolos se adaptan a personas con déficits cognitivos y lingüísticos de diversa consideración, hasta sistema complejos que permiten niveles avanzados de lenguaje signado (basado en signos o manuales) o asistido (basado en signos gráficos) los tipos son:

Los símbolos gestuales, abarcan desde el uso de la mímica y gestos de uso común hasta el uso de signos manuales, generalmente en el orden correspondiente al lenguaje hablado; es lo que se denomina lenguaje signado o bimodal, las lenguas de signos utilizados por las personas no oyentes no se consideran SAAC.

Los símbolos gráficos abarcan desde sistemas muy sencillos basados en dibujos o fotografías hasta sistemas progresivamente más complejos como los sistemas pictográficos o la ortografía tradicional (letras, palabras y frases). Gracias a los productos de apoyo para la comunicación y los diversos recursos para el acceso, los sistemas gráficos pueden ser usados por personas con movilidad reducida, incluso en casos de extrema gravedad. Por ello, además de ser usados, como en el caso de las personas con discapacidad intelectual o TEA, los usan también personas con discapacidades motoras.

Los sistemas pictográficos, se aplican a personas que no están alfabetizadas a causa de la edad o discapacidad, tiene la ventaja de permitir un nivel de comunicación muy básico que se adapta a personas con niveles cognitivos bajos o etapas muy iniciales, hasta un nivel de comunicación muy rico y avanzado, el más usado es el sistema ARASAAC.

La comunicación terapéutica por su parte, constituye un nuevo enfoque en los cuidados enfermeros en el cual el dentro de trabajo es el paciente, su narrativa, su experiencia de la enfermedad, su experiencia del sufrimiento y lo que significa para él, como el profesional lo escucha, atiende y dialoga con él sobre esa experiencia, se establece entre enfermera-paciente siendo fundamental para que el cuidado sea más humano. (Cepeda C. M., 2017)

Técnicas de comunicación terapéutica.

Son estrategias de acción que pueden ser utilizadas en la interacción con el paciente, al utilizarlas, la enfermera considera en cada acción el conocimiento y la creatividad necesarios para cada situación. El carácter verbal y no verbal de estas técnicas requiere el desarrollo de habilidades para crear un clima terapéutico (Serrato, 2014).

Tablero de comunicación.

Son productos de apoyo considerados básicos, consisten en superficies sobre las cuales se sitúan gráficos o el alfabeto o que están conformados por símbolos gráficos (pictogramas, letras, sílabas) que la persona señalará para poder comunicarse, y cuando los símbolos se distribuyen en varias páginas es un libro o cuaderno de comunicación. (Centro Aragónes para la Comunicación Aumentativa y Alternativa, 2020)

Barreras en la comunicación terapéutica.

La comunicación se ve afectada por la existencia de múltiples barreras, las cuales derivan principalmente de:

- Factores mecánicos: relacionados con la presencia de una vía aérea artificial, tubo oro traqueal.
- Condición clínica: pacientes con niveles mayores de sedación, desorientados.
- La posibilidad de contar con instrumentos que permitan valorar de forma objetiva el nivel de sedación y ajustar las dosis de sedantes tiene un impacto positivo en la comunicación con los pacientes con VMI, ya que la aplicación sistemática de las escalas de sedación orienta al personal de enfermería hacia el momento más adecuado para realizar intentos de comunicación con los pacientes.
- Nivel de sobrecarga laboral: reduce el interés de técnicos y profesionales por destinar tiempo en su jornada de trabajo para intentar comunicarse con un paciente con VMI. La multiplicidad de tareas que suponen los pacientes críticos disminuye la probabilidad de contar con tiempo especial para interactuar con los mismos.
- La falta de habilidades y destrezas: así como el desinterés del personal de Enfermería determina que la comunicación sea relegada a un tercer lugar dentro de la planificación de los cuidados de Enfermería para este tipo de pacientes.
- Finalmente la imposibilidad para comunicarse se transforma en una experiencia negativa durante el proceso de hospitalización, el paciente pierde también el interés debido a que los esfuerzos por expresar sus necesidades no son comprendidos ni atendidos, lo que genera desgano, falta de motivación y frustración en su proceso de recuperación. (Rojas N. P., 2014)

5.9.1. Guía para el uso del instrumento de comunicación para el paciente consciente con Ventilación Mecánica Invasiva en la Unidad de Cuidados Intensivos.

De acuerdo al instrumento elaborado por Richard Granados en 2012, aplicado en el Hospital de San Vicente Arauca en Colombia, a través de revisión documental de artículos, acerca de las necesidades básicas afectadas en el cuidado del paciente crítico, refiere “como método de la comunicación Aumentativa y Alternativa, para el paciente consciente con ventilación mecánica invasiva propongo utilizar un tablero de comunicación, definido como: una técnica sencilla sobre la cual se sitúan los signos gráficos, los signos utilizados se pueden indicar directamente señalándolos con la mano, con el pie o con cualquier otra parte del cuerpo, algún objeto o pedirle apoyo a alguien hasta que el paciente logre indicar lo que desea expresar”. (Granados, 2012)

El objetivo principal es establecer un sistema de comunicación con los pacientes intubados en la UCI sustentado en sistemas de comunicación aumentativa/alternativa a través de la identificación de necesidades básicas del paciente críticamente enfermo, como base para planear el cuidado.

1. Procedimiento: El responsable de llevar a cabo el proceso es el personal de enfermería en la UCI acatando las reglas, condiciones y sugerencias. Siguiendo la valoración de Virginia Henderson y el proceso a través de las fases de relaciones interpersonales de Peplau.
2. Para las diferentes formas de comunicación es necesario establecer una seña para sí y para no (La seña puede ser con el pulgar hacia arriba en sí, y hacia abajo en no) para la forma en que el paciente va a señalar la letra del alfabeto. Los signos utilizados se pueden indicar directamente señalándolos con la mano, con el pie o con cualquier otra parte del cuerpo o el interlocutor puede ir señalando los signos o letras del alfabeto hasta que el paciente indique con un gesto lo que quiere expresar. Es importante mantener el contacto visual con el paciente, y si el lo permite mantener contacto físico teniendo en cuenta el respeto que se debe profesar.
3. Los insumos necesarios para el desarrollo del proceso:
 - Lavado de manos antes y después de realizar el procedimiento.

- Utilizar alcohol 70% para desinfección del tablero antes y después de su uso. Al elaborar el tablero, se utilizarán materiales que permitan su fácil limpieza y desinfección por ser utilizados en la Unidad de Cuidados Intensivos, que supone un ambiente contaminado. El mismo, se integrará como anexo al momento de proponerlo.
- Tablero de comunicación contendrá gráficas de sistemas pictográficos de comunicación autorizados por el Centro Aragonés para la Comunicación Aumentativa Alternativa (ARASAAC) y marcadores de borrado en seco.

Cuenta con cinco formas distintas de comunicación que permiten identificar las necesidades básicas del paciente consciente con ventilación mecánica invasiva:

1. Permitirá la escritura del paciente si sus condiciones clínicas lo facultan, siempre que el paciente haya escrito algo debe preguntarle para verificar si es lo que desea expresar.
2. Lectura de labios según lo permita la intubación, solicitar al paciente que module los labios silaba con silaba para comprender lo que quiere expresar.
3. Contendrá el alfabeto, para que con ayuda de un interlocutor construya las palabras que quiera expresar. En la parte superior del tablero de comunicación se cuenta con el alfabeto y con los números del 1 al 12.
4. Se utilizará un tablero de construcción de frases tempranas diseñado por Fitzgerald Key, al que se le realizarán las modificaciones necesarias pertinentes.
5. Sistemas pictográficos de comunicación: Para la utilización de los signos, se visitó el portal Aragonés de la comunicación aumentativa y alternativa ARASAAC, donde Granados 2012, escogió 38 símbolos de acuerdo con las necesidades básicas expuestas con Henderson, una de las recomendaciones es la utilización de colores para distinguir:
 - Personas y pronombres personales: color amarillo.
 - Verbos: de color verde.
 - Adjetivos y adverbios: de color azul.

De acuerdo a los permisos de autoría y política de respeto, se realizó el contacto vía e-mail con los asesores del Centro Aragonés para la CAA ARASAAC; José Manuel Marcos Rodrigo y David Romero Corral., manifestaron que para poder utilizar los símbolos que se encuentran en el portal se debe agregar un pie de página del tablero de comunicación con lo siguiente: Autor pictogramas: Sergio Palao Procedencia: ARASAAC (<http://arasaac.org>) Licencia: CC (BY-NC-SA) Autora: Yarib Petatàn Bárcenas. Por lo tanto, hicieron hincapié por el uso no comercial de los pictogramas.

ANEXO 2. Correo electrónico enviado y recibido; permiso para utilizar los pictogramas como complemento para el tablero de comunicación.

Granados, sugiere tres preguntas por cada una de las necesidades básicas del paciente no sin antes aclarar que a los pictogramas propuestos se les puede dar diferentes significados por lo que antes y después de ser señalados por el paciente se debe preguntar si lo que identifico es realmente lo que quería expresar;

Necesidad de respirar. ¿Puede respirar o tiene dificultad? ¿Tiene secreciones en el tubo? ¿Le molesta o le duele la sujeción del tubo oro traqueal?

Necesidad de comer y beber ¿Tiene hambre? ¿Tiene sed? ¿Desea que le humedezcan los labios?

Necesidad de eliminación ¿Desea orinar? ¿Desea hacer deposición? ¿Tiene náuseas o deseo de vomitar?

Necesidad de moverse y mantener una posición adecuada ¿Desea que le eleve o baje el cabecero de la cama? ¿La posición que tiene le brinda comodidad? ¿Desea saber el porqué de la sujeción mecánica?

Necesidad de dormir y descansar ¿Hay algo en la unidad que le haya impedido conciliar el sueño? ¿Siente que ha podido descansar en las noches? ¿Ha podido identificar cuando es de día y cuando de noche?

Necesidad de vestirse y desvestirse ¿Le incomoda que se mantenga con pañal? ¿Desea a que lo arropemos? ¿Desea que lo desarropemos?

Necesidad de mantener temperatura adecuada ¿Siente escalofrió? ¿Tiene calor? ¿Tiene frío?

Necesidad de higiene corporal ¿Desea ser aseado? ¿Desea ser rasurado(a)? ¿Desea que le laven el cabello?

Necesidad de evitar peligros del ambiente ¿Le molesta el ruido producido por los equipos o por el personal del equipo de salud? ¿Desea saber la utilidad de los equipos de monitoreo o de soporte que se están utilizando en este momento? ¿Sabe utilizar el timbre de llamado en caso de necesitarlo?

Necesidad de comunicación ¿Sabe qué fecha es hoy? ¿Sabe dónde se encuentra? ¿Se encuentra (triste, enojado, preocupado)? ¿Tiene dolor, en la escala de uno a diez a cuanto equivale el dolor?

Necesidad de apoyo espiritual ¿Desea ser asistido por un sacerdote, pastor o líder espiritual de su comunidad? ¿Desea que lo acompañemos en una oración? ¿Desea que se le lea alguna parte de la biblia?

Necesidad de trabajar ¿Desea saber hasta cuándo estará incapacitado? ¿Desea saber si poder volver a sus labores cotidianas? ¿Desea comunicarse con algún compañero de trabajo?

Necesidad de recreación y ocio ¿Desea oír la radio? ¿Desea ser o no ser visitado por alguien en especial? ¿Desea que se le permita ser acompañado por más tiempo?

Necesidad de aprender ¿Desea ser informado sobre su enfermedad por la enfermera, el médico? ¿Desea saber durante cuánto tiempo va a estar intubado? ¿Desea ser informado sobre actividades que contribuyan a su recuperación?

Granados considera también que, los pacientes objeto del presente POE deberán cumplir con las siguientes características:

- Con motivación para comunicarse, pero incapaz de hacer conocidas sus necesidades.
- Fracaso al utilizar satisfactoriamente técnicas de comunicación oral.
- Función oral motora insuficiente. Los pacientes objetos de este POE son lo que en la escala Ramsay de según el estado del paciente se mantengan en una medición de la escala de entre 1 y 5.

Anexo 3. Imágenes que Richard Granados utilizo para el tablero de comunicación.

Anexo 4. Tablero de comunicación para paciente crítico intubado en la Unidad de Cuidados Intensivos. (Granados, 2012)

Se indica llevar a cabo el proceso, a través de las fases que propone Peplau, quien sostiene que ;el lenguaje utilizado en las relaciones interpersonales entre enfermeras y pacientes, es decir las palabras que aseguran una comunicación útil, no puede determinarse de antemano, y recomienda que para establecer esta comunicación se tengan en cuenta dos principios.

Claridad: las palabras frases utilizadas son sucesos clarificadores cuando se dan en el marco de referencia de la experiencia común de todos los participantes, o cuando su significado se establece o hace comprensible como resultado del esfuerzo conjunto y sostenido de todas las partes implicadas.

Continuidad: la continuidad en la comunicación se produce cuando el lenguaje se utiliza como instrumento de para la promoción de la coherencia o las conexiones de ideas expresadas y conduce a la distinción de relaciones o conexiones entre ideas y los sentimientos, eventos o temas expresados por estas ideas.

De los conceptos expresados por Peplau se puede deducir que el tablero de comunicación propuesto es una herramienta que facilitara la comunicación de las necesidades interferidas en el paciente crítico intubado. El proceso interpersonal que permitirá desarrollar el plan de trabajo es:

1. Fase de orientación El profesional de enfermería se convierte en una guía para el paciente que busca ayuda frente a una necesidad específica de cuidado. Comienza por conocer al paciente como una persona, obtener información esencial acerca de la condición de salud del paciente y fija las primeras intervenciones a promover.
2. Fase de trabajo: es en la cual ocurre la mayor parte del trabajo:
 - Identificación: Sub fase durante la cual el paciente, a través de la enfermera, explora e identifica sus sentimientos que le permiten sobrellevar su enfermedad. El paciente aprende como aprovechar la relación enfermera- paciente.

- Exploración: A través de la relación con la enfermera, la persona busca sacar el mayor beneficio y se propone nuevas metas que favorezcan su estado. 3. Fase de finalización: la enfermera debe convertirse en un apoyo para el paciente, haciendo que este sea más independiente y responsable de su cuidado. El paciente tendrá libertad para desarrollar más actividades. (Rincòn, 2014)

Antecedentes

En Colombia, el trabajo de Investigación “Procedimiento operacional estandarizado (POE) de comunicación aumentativa-alternativa para pacientes intubados en UCI” Destaca que, para el personal de enfermería, la posibilidad de comunicarse con el paciente intubado se considera fundamental, porque permite identificar las necesidades del paciente, siendo el principio de la comunicación terapéutica y la base para brindar una atención humanizada. En la UCI del hospital San Vicente de Arauca, existen dificultades de comunicación entre el binomio mencionado, y no cuentan con un sistema de comunicación que permita establecer una interrelación efectiva y a su vez intervenir sobre las necesidades básicas que afectan al paciente intubado. Granados consideró las técnicas aumentativas y alternativas que permite la comunicación desde niveles muy elementales hasta complejos, bibliografías investigadas en su trabajo demuestran claramente que si se emplean repercutirá en la mejora de la asistencia, teniendo en cuenta los preceptos, implemente un POE de enfermería para identificar las principales necesidades interferidas en el paciente crítico intubado con base en las teorías de Virginia Henderson y Hildegard Peplau, para establecer una relación terapéutica, ética y humanizada con el paciente, mediante el desarrollo de un tablero de comunicación. (Granados, 2012)

Otra investigación realizada en España, el trabajo de investigación “Implementación de un cuaderno de comunicación aumentativa/alternativa basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes intubados conscientes”, destaca la imposibilidad de los pacientes para comunicarse, reportando sentimientos de ira, miedo, inquietud, pérdida de control, despersonalización, frustración y ansiedad ante la situación expone la necesidad de los sistemas aumentativos y alternativos, para mejorar la comunicación con los pacientes en ventilación mecánica invasiva conscientes bajo la imposibilidad de expresar sus sentimientos y peticiones,

convirtiéndose una dificultad añadida para su recuperación y salud mental, por lo tanto, humanizar supone alcanzar los niveles más altos de calidad desde un punto de vista multidimensional, centrándose no solo en la cuestión clínica. Por ello, se propone la implementación de una herramienta que facilite la comunicación entre el equipo de Enfermería y los pacientes conectados a ventilación mecánica. (López, 2019)

En México, el artículo de revisión “Relaciones personales entre la enfermera y el paciente” se realizó una indagación de herramientas de bases de datos como PubMed-Medline y SCielo, se revisaron artículos de investigación en los que destacan prioritariamente que; en las áreas de cuidados intensivos, la importancia de la comunicación no verbal, sin desconocer el valor de la comunicación verbal. Toman de manifiesto los elementos básicos en las relaciones interpersonales, las relaciones interpersonales enfermera-paciente bajo diversas perspectivas teóricas, la importancia de las relaciones interpersonales en el primero, segundo y tercer nivel de atención. Se menciona el impacto que puede tener la comunicación sobre todo en aquellos pacientes con ventilación asistida concluyendo en que la relación interpersonal que desempeñan las enfermeras cuando brindan los cuidados al paciente tienen una gran potencialidad terapéutica, sobre todo en aquellos casos en los que se busca la solución de comunicación (P. Ramírez y C.Müggenburg, 2015, pág. 5)

6. Resumen del caso clínico.

Diagnóstico: Positivo de acuerdo a PCR a SARS COV-2 (COVID-19)

Tratamientos: apoyo ventilatorio invasivo

Comorbilidades: diabetes mellitus.

Paciente del sexo femenino con afectación pulmonar por la presencia del proceso infeccioso viral agudo. Se hospitaliza el día 26 de septiembre de 2020.

Tabla 5. Caso clínico

Nombre del paciente: Ma. Nélide B.N.		Numero de seguridad social: 106427382	
Sexo: Fem.	Edad: 56 años	Dx. Médico: Positiva a COVID-19	Unidad Médica: HMR Acapulco Servicio o área: UCI COVID
Estado civil: Casada	Escolaridad: especialidad.	Religión: católica	Ocupación: docente secundaria.
CASO CLÍNICO			
SPO2: 94% con VMI T/A: 145/86 mmHg F.C: 80 por min. F.R: 28 por min. TEMP: 37.5 °C DXTX: 144 mg/dL PESO: 730 Kg TALLA: 1.65 cm	<p>Motivo de ingreso: Paciente femenina de 56 años de edad, se niegan crónico-degenerativos, inicia su padecimiento el día 15 de septiembre, cianosis bucal, con astenia, adinamia, cefalea, fiebre no cuantificada, con presencia de tos seca, disnea de medianos y pequeños esfuerzos tratada en medio particular sin mejoría, en casa comienza a desaturar hasta 75%.</p> <p>Exploración física: Cursando su último día de hospitalización, Cefalocaudal; cráneo sin malformaciones ni cicatrices, pupilas isocóricas, reactiva a la luz, orientada en sus 3 esferas neurológicas G: 14, con intubación: tubo traqueal permeable, mucosas hidratadas, fijo neumotaponamiento por debajo de 20 mmHg, sonda nasogástrica cerrada, cuello cilíndrico, a la auscultación pulmones sin presencia de alarma, catéter venoso central permeable, con monitorización cardíaca continua, abdomen blanco, sonda Foley a derivación orina color amarillo claro, extremidades íntegras, sin datos de edema (de acuerdo a escala de Godet), llenado capilar 2 segundos, buena coloración de piel y tegumentos.</p> <p>Evolución: Paciente de 56 años de edad, sin antecedentes de crónico degenerativos, sin embargo, durante la hospitalización se aplica insulina humana de acción rápida vía subcutánea, inicia con apoyo ventilatorio mascarilla con bolsa reservorio y puntas nasales a 15 litros por minuto, no se percibe mejoría y bajaba saturación de oxígeno a llevar a cabo baño en cama, alimentación vía oral, entre otras actividades. posteriormente se inicia ventilación mecánica invasiva el día 29 de septiembre de 2020, con duración de 11 días, mejorando adecuadamente al apoyo ventilatorio de alto flujo (VMI) hasta disminuir su uso, el proceso de destete dura 3 días con imposibilidad para la comunicación adecuada con familiares, personal de enfermería, medicina interna y psicología, por lo que se acude a estrategias de comunicación para conocer sus necesidades, inquietudes y emociones. Se retira VMI sin ninguna complicación el día 9 de octubre de 2020. Se decide su alta el día 21 de Octubre de 2020.</p>		
Antecedentes heredofamiliares: Abuelos diabéticos e hipertensos.			
Antecedentes personales no patológicos:			
Medicamentos utilizados durante la hospitalización: paracetamol, enoxaparina, pantoprazol, levofloxacino, albúmina humana, gluconato de calcio al 10%, captopril 25mg, haloperidol.			
Hallazgos: secuelas de COVID-19, fibrosis pulmonar			

7. Proceso Atención de Enfermería

Anexo 5. Instrumento de recolección de datos: Valoración clínica del sujeto del cuidado basada en el modelo de Virginia Henderson.

Datos generales:

Nombre de la paciente: Ma. N. B.N.

Sexo: Femenino

Estado civil: casada.

Lugar de residencia: Acapulco de Juárez, Guerrero.

Edad: 56 años

Servicio: UCI COVID

Religión; católica

INTRUCCIONES: A continuación, se presentan una serie de preguntas, que en su totalidad se esperan ser respondidas por el paciente mediante la entrevista, sin embargo, si sus facultades no lo permiten, se autoriza al personal de salud y/o familiares. Se recomienda marca la respuesta con una X, o ser explícito si se dese conocer otro aspecto.

1. NECESIDAD DE RESPIRACIÓN (OXIGENACIÓN/CIRCULACIÓN).

Usted fuma o ha fumado: no

De ser así, especificar cuantos cigarrillos al día: -----

En su familia alguien fuma: no

Frecuencia respiratoria: 28 por minuto.

presencia de cianosis:

Cianosis distal	
Cianosis peribucal	X
Normal	
Cianosis ungueal	X
Ortopnea	
No hay presencia de cianosis.	
Taquipnea	X
Kussmaul	
Cheyne Stokes	
Periodos de apnea	
Polipnea	

Auscultación con ruidos pulmonares: NO

Tipo de respiración:

Apoyo para la oxigenación/ventilación:

Puntas nasales	
Mascarilla con bolsa reservorio.	
VMI	X

Toma de presión arterial: 145/86 mmHg

Frecuencia cardíaca: 80 latidos por minuto.

DXTX: 144 mg/dL

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

Cantidad de líquidos que toma al día: 700 ml.

Tipo de líquidos que consumes al día: líquidos claros

PESO: 730 Kg TALLA: 1.65 cm

Exploración de la calidad bucal: mucosas hidratadas.

Hábitos nutricionales: regulares.

Alimentos que más consume y cuántas veces a la semana los consume: dieta hospitalaria a través de sonda nasogástrica, (dieta equilibrada baja en sales, grasas y condimentos al estar en casa)

Tiene problemas para la ingestión de sus alimentos: no.

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN:

Orina recolectada por sonda vesical. Al estar en hospitalización.

Características de la orina: color amarillo claro.

Ha tenido problemas urinarios: No

Características de la evacuación: color café, formada.

Problemas para la eliminación intestinal: No

4. NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA:

¿Es capaz de moverse y desplazarse con facilidad? No.

Su estado actual lo limita a alguna actividad: deambular e ir al baño

¿Refiere fatiga o debilidad cuando?

Se viste	X
Se baña	X
Camino	X
Se alimenta	X

5- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

Duerme adecuadamente: SI

Se encuentra bajo efectos de sedación: NO

Cuántas horas duerme: 7 horas por la noche, y siestas de 1 horas por las tardes.

Tiene problemas para dormir: no

8. SELECCIÓN DE ROPA Y CAPACIDAD PARA VESTIRSE Y DESVESTIRSE.

Se viste solo: No, porque me agito y comienzo a desaturar.

Requiere de asistencia: si

9. NECESIDAD DE MANTENER UNA TEMPERATURA CORPORAL.

Temperatura corporal: 37.5°

10. NECESIDAD DE HIGIENE.

Con que frecuencia se baña: diario durante este tiempo de hospitalización, pero acostumbro en casa a 3 baños al día.

Coloración de la piel: normal

Como es el estado del cuero cabelludo: normal.

Cada cuanto se cepilla sus dientes: después de cada comida así lo acostumbro, pero ahorita por el tubo, solo enjuagamos con clorhexidina.

Realiza lavado de manos con mucha frecuencia y en que momentos: claro, antes de comer, después de ir al sanitario.

11. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS Y EVITAR LESIONES A OTROS.

Usa anteojos	X
Realiza exámenes de agudeza visual.	X
¿Requiere de pasamanos en casa para evitar caída?	X
Tiene limitaciones en su capacidad física.	
Tiene limitaciones mentales.	
Tiene limitaciones para la comunicación	X

12. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN.

¿Cuántas personas integran su familia? 3 más, conmigo.

Al establecer comunicación con los demás, como la lleva a cabo: en casa nos entendemos súper bien, pero ahorita que estoy hospitalizada, y nos comunicamos por videollamada una vez al día, es complicado por la intubación, me lastimo, creo que no se comprende lo que intento decir, así que considero que necesito ayuda para comunicarme.

Lleva a cabo comunicación escrita: con el personal de enfermería y médicos si, porque tengo miedo de lastimarme.

Comunicación no verbal: utiliza señas o gestos para poder comunicarse: con frecuencia, para que puedan entenderme mejor.

13. NECESIDAD DE RELIZAR PRÁCTICAS RELIGIOSAS Y VALORES.

Religión: católica.

Requiere de apoyo espiritual: considero a Dios como el apoyo fundamental para los casos difíciles y me encomiendo ante el proceso de la enfermedad y a mi familia para estar protegidos con su ayuda.

14. NECESIDAD DE LOGRO Y REALIZACIÓN.

¿Cuál es su ocupación? Soy docente de la materia de español en nivel secundaria.

¿Tiene riesgo de perder su trabajo? Si.

Muestras satisfacción por lo realizado durante tu ámbito profesional: si

Muestra ira o coraje por las limitaciones que la enfermedad le ocasiona: claro que si, no es sencillo estar como paciente ante una nueva enfermedad, que el día de mañana no sabes si amanecerás

15. ACTIVIDADES RECREATIVAS:

Hábitos y costumbre durante el tiempo libre.

Ver televisión.	X
Platica con los demás pacientes.	X
Platica con el personal	X

16. NECESIDAD DE APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUZCA A UN DESARROLLO Y SALUD NORMAL, ASÍ COMO LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS SANITARIOS DISPONIBLES.

Se conoce a si mismo.	X
Conoce su estado de salud actual.	X
Conoce los cambios de vida	X

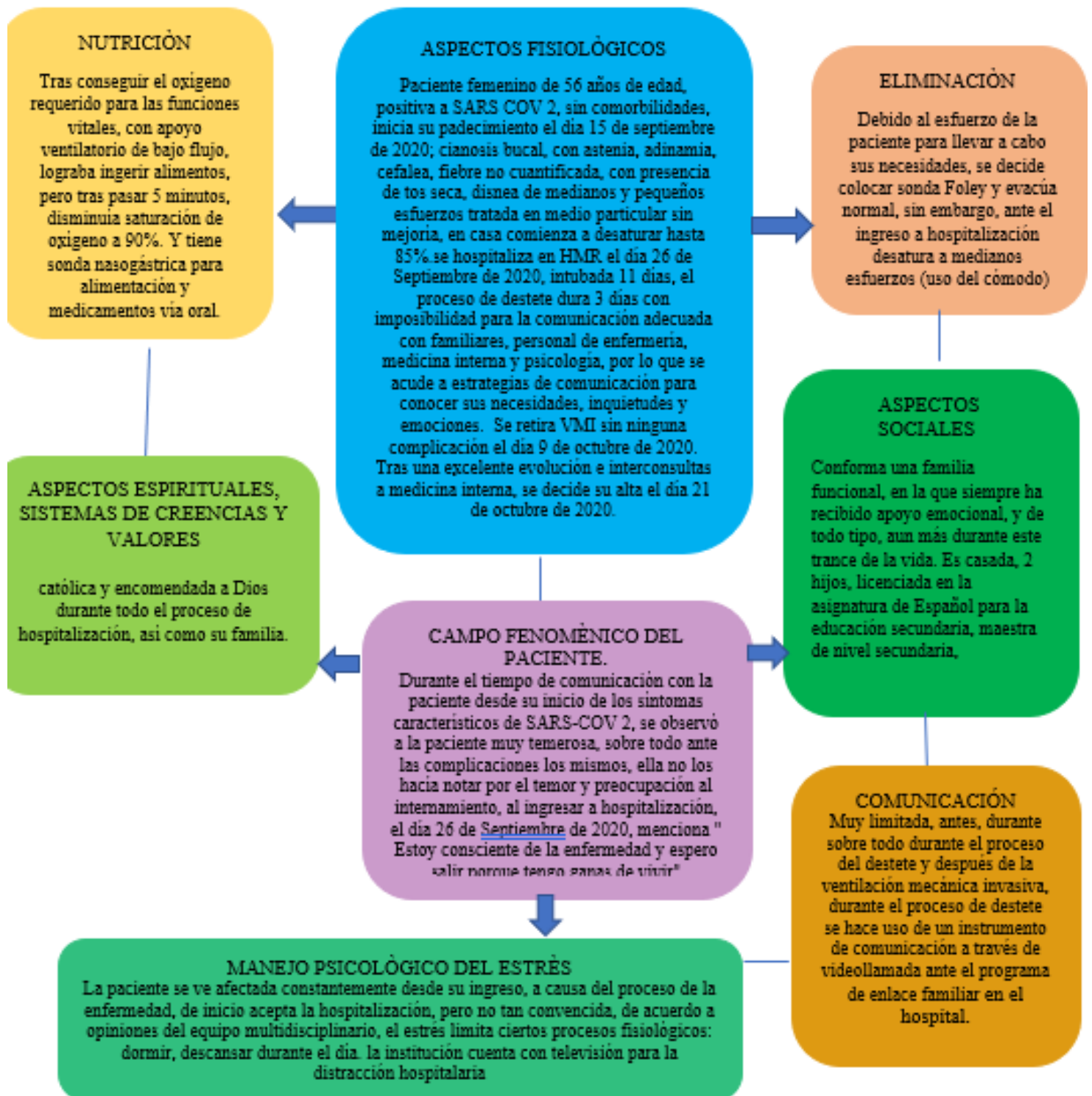
De acuerdo a la teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson: Se han resaltado de amarillo, las necesidades alteradas.

Tabla 6. Necesidades alteradas en la paciente (resaltadas en gris) de acuerdo a Virginia Henderson.

Necesidad	Datos
1.- Respirar normalmente	Función vital comprometida, motivo de hospitalización.
2.- Comer y beber de forma adecuada.	Tras conseguir el oxígeno requerido para las funciones vitales, con apoyo ventilatorio de bajo flujo, lograba ingerir alimentos, pero tras pasar 5 minutos, disminuía saturación de oxígeno a 90%. Y tiene sonda nasogástrica para alimentación y medicamentos vía oral.
3.- Eliminar los desechos corporales	Debido al esfuerzo de la paciente para llevar a cabo sus necesidades, se decide colocar sonda Foley y evacúa normal, sin embargo, ante el ingreso a hospitalización desatura a medianos esfuerzos (uso del cómodo)
4.- Moverse y mantener una postura adecuada	El movimiento era limitado y se ve obligado a pedir ayuda.
5.- Dormir y descansar	Descansa 7 horas por la noche, y por las tardes toma siesta de 1 hora, sin embargo manejó episodios de delirio.
6.- Elegir la ropa adecuada	De momento usa ropa hospitalaria.
7.- Mantener la temperatura corporal.	hipertermia 37.5°
8.- Mantener la higiene corporal	Con apoyo, ya que solo se agita y disminuye la saturación.
9.- Necesidad de evitar peligro y lesiones a otros.	Sabe cómo prevenir el cansancio, y solicita ayuda para llevar a cabo sus actividades durante la hospitalización.
10.-Necesidad de comunicación	Muy limitada, antes, durante sobre todo durante el proceso del destete y después de la ventilación mecánica invasiva.
11.-Necesidad de realizar prácticas religiosas y valores	Católica y encomendada a Dios durante todo el proceso de hospitalización.
12.- Necesidad de logro y realización.	Al ser dada de alta, se mantiene en reposo absoluto e incapacidad temporal.
13.-Actividades recreativas	Se ocupa en actividades de relajación en casa.

<p>14.- Necesidad de aprender, describir o satisfacer la curiosidad que conduzca a un desarrollo y salud normal, así como la utilización de los recursos sanitarios disponibles.</p>	<p>Satisface sus necesidades de aprendizaje enfocadas a su ámbito laboral.</p>
--	--

Anexo 6. Valoración clínica del sujeto del cuidado basada en el modelo de Margaret Jean Watson.



7.3 Diagnóstico de Enfermería.

Tabla 7. Razonamiento diagnóstico por taxonomía NANDA 2018-2020

DATOS SIGNIFICATIVOS OBJETIVOS/SUBJETIVOS	ANÁLISIS Y AGRUPACIÓN DE DATOS C/ SUS RESPECTIVAS DEDUCCIONES.	IDENTIFICACIÓN DE DX. ENFERMERO Y PROB. INTERDEPENDIENTE.	ASIGNACIÓN DE NOMBRE DEL DIAGNOSTICO Y DETERMINACIÓN DE FACTORES DE RIESGO.
<ul style="list-style-type: none"> • Función respiratoria comprometida, motivo de hospitalización. • Tras conseguir el oxígeno requerido para las funciones vitales, con apoyo ventilatorio de bajo flujo, lograba ingerir alimentos, pero tras pasar 5 minutos, disminuía saturación de oxígeno a 90%. Y tiene sonda nasogástrica para alimentación y medicamentos vía oral. • Temperatura: 37.5° • El proceso de comunicación ha sido el más complicado, desde el inicio de la hospitalización, 	<p>SARS-COV2 (COVID-19)</p> <p>Dificultad respiratoria.</p> <p>Hipertermia</p>	<p>Problema interdependiente</p> <p>Problema interdependiente y dependiente Diagnóstico enfermero</p> <p>Diagnóstico enfermero</p>	<p>Diagnóstico médico: SARS-COV2 (COVID-19)</p> <p>Deterioro del intercambio de gases R/C Cambios de la membrana alveolo-capilar, a desarrollar M/P aleteo nasal, color anormal de la piel, confusión, disnea, hipoxemia, patrón respiratorio anormal.</p> <p>Riesgo de trombo embolismo venoso R/C comorbilidad médica (COVID-19), deterioro de la movilización.</p> <p>Hipertermia R/C enfermedad M/P irritabilidad, piel caliente al tacto, rubor, taquicardia, taquipnea.</p> <p>Deterioro de la comunicación verbal R/C barrera física (tubo endotraqueal)</p>

<p>el proceso de destete y el post, ya que se siente “lastimada de la garganta”</p> <ul style="list-style-type: none"> • El movimiento era limitado y se ve obligado a pedir ayuda. • Requiere apoyo para mantener la higiene corporal. • Delirio al retirar sedación • Al ser dada de alta se mantiene en aislamiento para evitar recaídas por SARS-COV 2, reposo absoluto e incapacidad temporal. 	<p>Comunicación verbal limitada</p> <p>Movimientos limitados, por dificultad respiratoria.</p> <p>Confusión aguda</p> <p>Reposo absoluto.</p>	<p>Diagnóstico enfermero</p> <p>Diagnóstico enfermero</p> <p>Diagnóstico enfermero</p> <p>Diagnóstico enfermero</p>	<p>M/P dificultad para expresar los pensamientos verbalmente, dificultad para hablar.</p> <p>Deterioro de la movilidad física R/C enfermedad M/P disnea de esfuerzo.</p> <p>Confusión aguda R/C agente farmacológico, delirio M/P agitación, percepciones erróneas.</p> <p>Disposición para mejorar el confort M/P deseos de aumentar la relajación y el confort en casa.</p>
---	---	---	---

7.4 Priorización de diagnósticos de Enfermería.

Tabla 8. Priorización de diagnósticos de Enfermería.

Encontrados	Priorizados
1. SARS-COV 2 (COVID 19)	1. SARS-COV 2 (COVID 19)
2. Deterioro del intercambio de gases.	2. Deterioro del intercambio de gases.
3. Hipertermia.	3. Riesgo de trombo embolismo venoso.
4. Deterioro de la comunicación verbal.	4. Hipertermia.
5. Confusión aguda.	5. Deterioro de la comunicación verbal.
6. Disposición para mejorar el confort.	6. Confusión aguda.
7. Deterioro de la movilidad física.	7. Deterioro de la movilidad física.
8. Riesgo de trombo embolismo venoso.	8. Disposición para mejorar el confort.

Tabla 9. Instrumento del Caring: Teoría de Margaret Jean Watson.

FACTORES CARITATIVOS DEL CUIDADO. (F.C)	PROCESOS CARITAS DE CUIDADOS (PCC)
FC1: Formación humanística altruista en un sistema de valores.	Brindaremos apoyo en cuanto a comprender sus valores y costumbres de naturaleza.
FC2: Incorporación de la fe esperanza.	Aceptación en sus ideologías religiosas, comprendiendo y adaptándonos a su punto de vista.
FC3: El cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros.	Se orienta hacia el reposo absoluto para evitar complicaciones en casa.
FC4: El desarrollo de una relación de ayuda y confianza.	Se utiliza comunicación terapéutica para establecer confianza y una asistencia empática, también se anima a revisar su vida pasada y a centrarse en hechos y relaciones que proporcionen fuerza y apoyo espiritual
FC5: la aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos	Nos hemos preparado ante posibles sentimientos positivos y negativos, comprender la mutua relación entre pensamientos, emociones y comportamientos.
FC6:El uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial	Motivación por la superación constante, adquirir conocimientos para perfeccionar lo que se presente en la práctica diaria.
FC7: La promoción de una enseñanza aprendizaje interpersonal	Ayuda para mejorar la actividad de recreación la cual se adapta a sus gustos o intereses.
FC8: La creación de un entorno protector y o correctivo para el medio físico.	Brindarle fortaleza y animarla a buscar ayuda cuando se sienta más vulnerable o en su estado más vulnerable.
FC.9 La asistencia con la gratificación de necesidades humanas.	Se siente agradecida con su familia ya que ellos están siempre al cuidado, acepta las muestras de cariño, manifestadas y les hace saber lo importante que son para él.
FC10: El reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales.	Reconoce que todo lo que pasa tiene un propósito, cree en un ser supremo, para él la base de una buena vida se rige con la práctica de valores.

7.6 PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NIVEL: 2°	ESPECIALIDAD: Hospitalización COVID	Tabla 10. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA INTERDEPENDIENTE SARS-COV2 (COVID 19) <i>Deterioro del intercambio de gases</i>			
		RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACIÓN DIANA
<p><i>SARS- COV 2 (COVID-19)</i> Manifestado por: Fiebre, tos seca, disnea, congestión nasal, diarrea, fatiga.</p> <p>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)</p> <p>DOMINIO: 3 Eliminación e intercambio. CLASE:4 función respiratoria</p> <p><i>Deterioro del intercambio de gases (00030)</i></p> <p><i>Definición:</i> exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alvéolo/capilar.</p> <p>R/C: Cambios de la membrana alvéolo-capilar.</p> <p>M/P: Aleteo nasal, color anormal de la piel, confusión, disnea, hipoxemia, patrón respiratorio anormal.</p>		<p>Resultado esperado: <i>Estado respiratorio: intercambio gaseoso. (0402)</i></p> <p><i>Definición:</i> intercambio alveolar de CO2 y O2 para mantener las concentraciones de gases arteriales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Saturación de oxígeno (040211) • Cianosis (040206) • Disnea de esfuerzo (040204) • Hallazgos en la radiografía de tórax (040213) • Ph arterial (040210) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desviación grave del rango normal. 2. Desviación sustancial del rango normal. 3. Desviación moderada del rango normal. 4. Desviación leve del rango normal. 5. Sin desviación del rango normal 	<p>Mantener a:</p> <p>040211(2) 040206 (3) 040204 (3) 040213 (3) 040210 (3)</p> <p>Aumentar a:</p> <p>040211 (5) 040206 (4) 040204 (4) 040213 (4) 040210 (5)</p>

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

INTERVENCION (NIC): OXIGENOTERAPIA.
CODIGO: 3320

DEFINICIÓN: ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO Y CONTROL DE SU EFICACIA.
DOMINIO: FISIOLÒGICO: COMPLEJO (CUIDADOS QUE APOYAN LA REGULACIÓN HOMEOSTÀTICA).
CLASE: K CONTROL RESPIRATORIO.

ACTIVIDADES:

- Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales, según corresponda.
- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
- Administrar oxígeno suplementario, según órdenes.
- Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioximetría, gasometría arterial) según corresponde.
- Cambiar el tipo de apoyo ventilatorio según corresponda.

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

INTERVENCION (NIC): MANEJO DE LA VENTILACIÓN MECÀNICA: INVASIVA
CODIGO: 3300

DEFINICIÓN: AYUDAR AL PACIENTE A PERCIBIR SOPORTE RESPIRATORIO ARTIFICIAL A TRAVES DE UN DISPOSITIVO INSERTADO EN LA TRAQUEA.
DOMINIO: FISIOLÒGICO: COMPLEJO (CUIDADOS QUE APOYAN LA REGULACIÓN HOMEOSTÀTICA).
CLASE: K CONTROL RESPIRATORIO.

ACTIVIDADES:

- Controlar las condiciones que indican la necesidad de soporte ventilatorio (fatiga de los músculos respiratorios, disfunción neurológica, acidosis respiratoria, cianosis)
- Controlar las actividades que aumenten el consumo de oxígeno (fiebre, dolor)

- Controlar los síntomas que indican un aumento del trabajo respiratorio (taquicardia, hipertensión, diaforesis)
- Vigilar estado de consciencia del paciente.
- Poner en marcha técnicas de relajación.
- Proporcionar cuidados para aliviar molestias del paciente.
- Realizar aspiración de secreciones.
- Monitorizar al paciente
- Documentar todas las respuestas del paciente al ventilador y los cambios del ventilador
- Controlar las complicaciones del destete de VMI (estridor, edema de glotis, laringoespasma, estenosis traqueal)

Tabla 11. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA
 DIAGNÒSTICO DE ENFERMERÍA: RIESGO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (02268)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACIÓN DIANA
<p>DOMINIO: 11 Seguridad/Protección. CLASE: 2 lesión física. Riesgo de trombo embolismo pulmonar/venoso (02268)</p> <p><i>Definición:</i> susceptible al desarrollo de un coágulo sanguíneo en una vena profunda, que puede desprenderse y alojarse en otro vaso y comprometer la salud.</p> <p>R/C: Comorbilidades médicas significativas (COVID-19), deterioro del estado respiratorio, deterioro de la movilidad.</p> <p>M/P:</p>	<p>Resultado esperado:</p> <p><i>Perfusión tisular: pulmonar (0408)</i></p> <p><i>Definición:</i> adecuación del flujo sanguíneo a través de los vasos pulmonares para perfundir la unidad alveolo capilar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ritmo respiratorio. (040814) • Frecuencia respiratoria. (040815) • PaO2 (040818) • pH arterial (040820) • saturación de oxígeno (040821) • dolor torácico (040805) 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Desviación grave del rango normal. 2) Desviación sustancial del rango normal. 3) Desviación moderada del rango normal. 4) Desviación leve del rango normal. 5) Sin desviación del rango normal 	<p>Mantener a:</p> <p>040814 (2) 040815 (3) 040818 (3) 040820 (3) 0402821 (3) 040805 (2)</p> <p>Aumentar a:</p> <p>040814 (2) 040815 (5) 040818 (4) 040820 (4) 0402821 (5) 040805 (4)</p>

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

INTERVENCION (NIC): MANEJO DE LA TERAPIA TROMBOLÍTICA
CODIGO: 4270

DEFINICIÓN: RECOGIDA Y ANÁLISIS DE DATOS DEL PACIENTE PARA OFRECER UNA PROVISION ADECUADA Y SEGURA DE UN FARMACO QUE DISUELVA EL TROMBO.

DOMINIO: FISIOLÒGICO: COMPLEJO (CUIDADOS QUE APOYAN LA REGULACIÒN HOMEOSTÀTICA).

CLASE: K CONTROL RESPIRATORIO.

ACTIVIDADES:

- COMPROBAR LA IDENTIDAD DEL PACIENTE.
- REALIZAR UN ECG DE 12 DERIVACIONES.
- OBTENER VIA DE ACCESO INTRAVENOSA.
- MONITORIZAR CONTINUAMENTE LOS SIGNOS VITALES.
- ADMINISTRAR MEDICAMENTO PARA PROFILAXIS TROMBIEMBÒLICAS.

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

INTERVENCION (NIC): CUIDADOS DEL EMBOLISMO PULMONAR.
CODIGO: 4106

DEFINICIÓN: MANEJO DE UN PACIENTE QUE PRESENTA UNA OCLUSIÒN DE LA CIRCULACIÒN PULMONAR.

DOMINIO: FISIOLÒGICO: COMPLEJO (CUIDADOS QUE APOYAN LA REGULACIÒN HOMEOSTÀTICA).

CLASE: K CONTROL RESPIRATORIO.

ACTIVIDADES:

- EVALUAR LOS CAMBIO DEL ESTADO RESPIRATORIO Y CARDIACO.
- REALIZA GASOMETRIA ARTERIAL.
- AUSCULTAR.
- OBSERVAR SI HAY SINTOMAS DE OXIGENACIÓN INADECUADA (PALIDEZ, CIANOSIS Y LLENADO CAPILAR LENTO)
- OBSERVAR SI HAY SINTOMAS DE INSUFICIENCIA REPIRATORIA (FATIGA MUSCULAR, INICIAR TROMBOPROFILAXIS.
- ADMINISTRAR DOSIS BAJAS DE ANTOCOAGULANTES. Y/O ANTIPLAQUETARIOS (ENOXOPARINA, ASPIRINA, WARFARINA,DEXTRANO)
- APLICAR MEDIAS O MANGUITOS DE COMPRESIÓN.
- REALIZAR CAMBIOS POSTURALES CADA 2 HORAS.
- INSTRUIR A PACIENTE Y FAMILIA SOBRE LA NECESIDAD DE ANTICOAGULACIÓN DESPUÈS DE UN ÈMBOLO DURANTE MINIMO CADA 3 MESES (XARELTO)
-

Tabla 12. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA
 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: HIPERTERMIA. (00007)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACIÓN DIANA
<p>DOMINIO: 11 Seg/Prot. CLASE: 6 termorregulación. HIPERTERMIA (00007)</p> <p><i>Definición:</i> temperatura corporal por encima del rango diurno normal, debido a la insuficiencia de la termorregulación.</p> <p>R/C: Enfermedad (COVID-19)</p> <p>M/P: irritabilidad, piel caliente al tacto, rubor, taquicardia, taquipnea.</p>	<p>Resultado esperado: <i>Termorregulación (0800)</i></p> <p><i>Definición:</i> equilibrio entre la producción, la ganancia y la pérdida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sudoración con el calor (080810) • Frecuencia respiratoria (080013) • Disminución de la temperatura cutánea (080018) • Hipertermia (080019) • Irritabilidad (080005) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido. 	<p>Mantener a:</p> <p>080010 (2) 080013 (3) 080018 (3) 080019 (3) 080015 (3)</p> <p>Aumentar a:</p> <p>080010 (4) 080013 (5) 080018 (5) 080019 (4) 080015 (4)</p>

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

INTERVENCION (NIC): REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA.

CODIGO: 3900

DEFINICIÓN: CONSECUICIÓN Y MANTENIMIENTO DE UNA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DEL RANGO NORMAL

DOMINIO:

CLASE:

ACTIVIDADES:

- COMPROBAR LA TEMPERATURA AL MENOS CADA 2 HORAS.
- INSTAURAR UN DISPOSITIVO DE MONITORIZACIÓN DE TEMPERATURA.
- OBSERVAR EL COLOR Y TEMPERATURA DE LA PIEL.
- ADMINISTRAR LA MEDICACIÓN ADECUADA PARA EVITAR O CONTROLAR ESCALOFRÍOS.
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS ANTIPIRÉTICOS.

Tabla 13. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA
 DIAGNÒSTICO DE ENFERMERÍA: DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL (00051).

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACIÓN DIANA
<p>DOMINIO: 5 percepción/cognición CLASE: 5 comunicación. DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL. (00051)</p> <p><i>Definición:</i> disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema símbolos.</p> <p>R/C: barrera física (intubación oro traqueal)</p> <p>M/P: dificultad para expresar los sentimientos y pensamientos verbalmente, dificultad para hablar.</p>	<p>:</p> <p>Resultado esperado:</p> <p><i>Comunicación: expresiva. (0903)</i></p> <p><i>Definición:</i> expresión de mensajes verbales y/o no verbales con sentido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliza el lenguaje hablado: vocal. (090302) • Utiliza dibujos e ilustraciones (090305) • Utiliza dispositivos alternativos de comunicación (090310) • Utiliza la conversación con claridad (090304) 	<p>1) Gravemente comprometido.</p> <p>2) Sustancialmente comprometido.</p> <p>3) Moderadamente comprometido.</p> <p>4) Levemente comprometido.</p> <p>5) No comprometido.</p>	<p>Mantener a:</p> <p>090302 (2)</p> <p>090305 (3)</p> <p>090310 (3)</p> <p>090304 (2)</p> <p>Aumentar a:</p> <p>090302 (5)</p> <p>090305 (4)</p> <p>090310 (5)</p> <p>090304 (4)</p>

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

**INTERVENCION (NIC): MEJORAR LA COMUNICACIÓN: DÉFICIT DEL HABLA.
 CODIGO: 4976**

DEFINICIÓN: EMPLEO DE ESTRATEGIAS QUE AUMENTEN LAS CAPACIDAD DE COMUNICACIÓN DE LAS PERSONAS CON DIFICULTADES PARA EL HABLA.

DOMINIO:

CLASE:

ACTIVIDADES:

- MONITORIZAR A LOS PACIENTES PARA DETCTAR LA APARICIÓN DE FRUSTRACIÓN, IRA, DEPRESIÓN U OTRAS RESPUESTAS A LA ALTERACION DE LAS CAPACIDADES DEL HABLA.
- IDENTIFICAR LAS CONDUCTAS EMOCIONALES Y FÍSICAS COMO FORMAS DE COMUNICACIÓN.
- PROPORCIONAR METODOS ALTERNATIVOS A LA COMUNICACIÓN HABLADA (TABLETA DE ESCRITURA, TARJETAS, TABLA DE COMUNICACIÓN CON IMÁGENES Y LETRAS, SEÑALES CON LA MANO Y GESTOS.
- AJUSTAR EL ESTILO DE COMUNICACIÓN PARA CUBRIR LAS NECESIDADES DEL APCIENTE
- REPETIR LO QUE DICE EL PACIENTE PARA ASEGURAR LA PRECISIÒN.

Tabla 14. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA
 DIAGNÒSTICO DE ENFERMERÍA: DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA (00085)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACIÓN DIANA
<p>DOMINIO: CLASE:</p> <p>DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA (00085)</p> <p><i>Definición:</i> Limitación del movimiento independiente intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.</p> <p>R/C: enfermedad (COVID-19)</p> <p>M/P: Agitación, percepciones erróneas.</p>	<p>Resultado esperado:</p> <p><i>ESTADO RESPIRATORIO (0415)</i></p> <p><i>Definición:</i> Movimiento del aire hacia dentro y fuera de los pulmones e intercambio alveolar de dióxido de carbono y oxígeno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia respiratoria (041501) • Ritmo respiratorio (041502) • Saturación de oxígeno (041508) • Uso de músculos accesorios (041510) • Cianosis (041513) • Inquietud (041516) • fiebre (041530) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desviación grave del rango normal. 2. Desviación sustancial del rango normal. 3. Desviación moderada del rango normal. 4. Desviación leve del rango normal. 5. Sin desviación del rango normal 	<p>Mantener a:</p> <p>041501 (1) 041502 (2) 041508 (2) 041510 (2) 041513 (1) 041516 (3) 041530 (1)</p> <p>Aumentar a:</p> <p>041501 (4) 041502 (4) 041508 (5) 041510 (4) 041513 (5) 041516 (4) 041530 (5)</p>

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

INTERVENCION (NIC): MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA.
CODIGO: 3350

DEFINICIÓN: RECOPIACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS DE UN PACIENTE PARA ASEGURAR LA PERMEABILIDAD DE LAS VÍAS AÈREAS Y EL INTERCAMBIO GASEOSO ADECUADO.

CAMPO: 02 FISIOLÒGICO-COMPLEJO

CLASE: K CONTROL RESPIRATORIO.

ACTIVIDADES:

- VIGILAR LA FRECUENCIA, RITMO, PROFUNDIDAD Y ESFUERZO DE LAS RESPIRACIONES.
- EVALUAR EL MOVIMIENTO TORÁCICO, OBSERVANDO LA SIMETRÌA, UTILIZACIÒN DE MPUSCULOS ACCESORIOS Y RETRACCIONES DE MÙESCULOS INTERCOSTALES Y SUPRAVENTRICULARES.
- MONITORIZAR LOS PATRONES DE RESPIRACION O TIPO DE RESPIRACIÒN.
- MONITORIZAR LOS NIVELES DE SATURACIÒN DE OXÍGENO.
- MONITORIZAR SI AUMENTA LA INQUIETUD, ANSIEDAD O DISNEA
- VIGILAR SI HAY DISNEA Y LOS FACTORES QUE LA MEJORANY EMPEORAN.

Tabla 15. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA
 DIAGNÒSTICO DE ENFERMERÍA: CONFUSIÒN AGUDA.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACIÒN DIANA
<p>DOMINIO: 5 percepción /cognición. CLASE: 4 cognición.</p> <p>CONFUSIÒN AGUDA (00128)</p> <p><i>Definición:</i> inicio brusco de trastornos reversibles de la conciencia, atención, conocimiento y percepción que se desarrollan en un corto periodo de tiempo.</p> <p>R/C: delirio, agente farmacológico</p> <p>M/P: Agitación, percepciones erróneas.</p>	<p>Resultado esperado: <i>Nivel de delirio (0916)</i></p> <p><i>Definición:</i> gravedad del trastorno de la conciencia y la cognición que se desarrolla durante un periodo de tiempo y que es reversible.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desorientación temporal (091601) • Deterioro de la memoria (091606) • Dificultad para mantener una conversación (091610) • Verbalizaciones sin sentido (091612) • Inquietud (091615) • Trastorno del patrón sueño-vigilia (091617) • Delirios (091621) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido. 	<p>Mantener a:</p> <p>091601 (1) 091606 (2) 091610 (2) 091612 (2) 091615 (1) 091617 (3) 091621 (1)</p> <p>Aumentar a:</p> <p>091601 (5) 091606 (5) 091610 (4) 091612 (4) 091615 (4) 091617 (4) 091621 (5)</p>

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

**INTERVENCION (NIC): MANEJO DEL DELIRIO.
CODIGO: 6440**

DEFINICIÓN: DISPOSICIÓN DE UN AMBIENTE SEGURO Y TERAPÈUTICO ÀRA EL PACIENTE QUE EXPERIMENTA UN ESTADO CONFUSIONAL AGUDO.

CAMPO: 04 SEGURIDAD.

CLASE: V CONTROL DE RIESGOS.

ACTIVIDADES:

- IDENTIFICAR LOS FACTORES ETIOLÒGICOS QUE CAUSAN DELIRIO (SATURACIÒN DE OXIGENO DE LA HEMOGLOBINA)
- MONITORIZAR EL ESTADO NEUROLÒGICO.
- EVITAR EXIGENCIAS DEL PENSAMIENTO.
- REDUCIR LA SEDACIÒN EN GENERAL.
- NO VALIDAR PERCEPCIONES INCORRECTAS.
- MANTENER UN AMBIENTE LIBRE DE PELIGROS.

Tabla 16. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA
 DIAGNÒSTICO DE ENFERMERÍA: DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL CONFORT.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACIÓN DIANA
<p>DOMINIO: 12 confort CLASE: 3 confort social</p> <p>DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL CONFORT (00183)</p> <p><i>Definición:</i> Patrón de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental y/o social que es suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.</p> <p>R/C: M/P: expresa deseos de aumentar la relajación y el confort.</p>	<p>Resultado esperado:</p> <p><i>Bienestar personal (2002)</i></p> <p><i>Definición:</i> grado de percepción positiva del propio estado de salud actual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Salud psicológica (200202) • Salud física (200205) • Estado cognitivo (200206) • Capacidad de relax (2000208) • Capacidad para expresar emociones (200210) • Realización de las actividades de la vida diaria (200201) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. No del todo satisfecho. 2. Sustancialmente satisfecho. 3. Moderadamente satisfecho. 4. Levemente satisfecho. 5. Completamente satisfecho. 	<p>Mantener a:</p> <p>200202 (3) 200205 (2) 200206 (2) 200208)(2) 200210 (1) 200201 (3)</p> <p>Aumentar a:</p> <p>200202 (5) 200205 (4) 200206 (4) 200208 (5) 200210 (5) 200201 (4)</p>

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

INTERVENCION (NIC): EDUCACIÓN PARA LA SALUD.
CODIGO: 5510.

DEFINICIÓN: DESARROLLAR Y PROPONER INSTRUCCIÓN Y EXPERIENCIAS DE APRENDIZAJE QUE FACILITEN LA ADAPTACIÓN VOLUNTARIA DE LA CONDUCTA PARA CONSEGUIR LA SALUD EN PERSONAS, FAMILIAS Y COMUNIDADES.

CAMPO: 07 COMUNIDAD.

CLASE: S FOMENTO DE LA SALUD DE LA COMUNIDAD.

ACTIVIDADES:

- IDENTIFICAR GRUPOS DE RIESGO Y RANGOS DE EDAD QUE SE BENEFICIEN MÁS DE LA EDUCACIÓN SANITARIA.
- IDENTIFICAR FACTORES INTERNOS Y EXTERNOS QUE PUEDAN MEJORAR O DISMINUIR LA MOTIVACIÓN PARA CONSEGUIR CONDUCTAS SALUDABLES.
- ORIENTAR HACIA EL CUIDADO POR POSIBLE REINFECCIÓN DE LA ENFERMEDAD POR COVID-19
- LLEVAR A CABO LAS MEDIDAS INDICADAS POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

7.7 EVALUACIÓN

La mayoría de los pacientes con COVID-19 pueden tratarse en casa bajo aislamiento y medicación autorizada por su médico, en otras circunstancias, tras haber estado hospitalizado con apoyo de oxígeno o intubación y ser dado de alta, requiere de múltiples cuidados en casa para disminuir y evitar las secuelas de la enfermedad. Las acciones que se van a tomar requieren ser personalizadas para la atención integral del paciente; a través de un Proceso Atención de Enfermería de Tercera Generación se busca llevar a cabo la esencia de Enfermería sin perder la dimensión humana.

Comprender el Proceso Atención de Enfermería de Tercer Generación, y poder adaptarlo a un paciente con COVID-19 y propiamente trabajar con Jean Watson, logra brindar cuidados de Enfermería a través del CARING, con Peplau; permitiendo llevarlas a cabo de manera interpersonal, ya que su teoría es una invitación y una oportunidad a trabajar de esta manera.

Los planes de cuidados de Enfermería han sido adaptados a la situación actual de la paciente, desde el comiendo de los síntomas hasta el haber sido dada de alta, para una mejor comprensión de su historia clínica en los padecimientos actuales, hasta el día de hoy se ha permitido mejorar todos los aspectos obteniendo resultados favorables, muy iguales a los esperados.

Finalmente, el poder trabajar con esta teoría, bajo el recordatorio de: no perder la esencia de la enfermería y mucho menos la dimensión humana, siendo esto fundamental en la preservación de la vida humana.

8. PLAN DE ALTA.

Con duración de 11 días intubada y un destete exitoso, mejorando adecuadamente hasta disminuir el uso de oxígeno suplementario y finalmente sin apoyo ventilatorio: estable por lo que se decide otorgar el alta por mejoría clínica, se indica oxígeno domiciliario en caso de necesitarlo, y tratamiento farmacológico de base (Calcitriol, ácido ascórbico vía oral)

Pronóstico médico para la vida: estable

Incapacidad: temporal

Cuidados generales: evitar exposición al humo del tabaco, evitar ingerir bebidas alcohólicas, revaloración en triage en 1 semana.

Dietéticas: evitar alimentos irritantes, picantes y grasosos, así como excesos de carbohidratos en la dieta.

Plan de alta de enfermería en el hogar:

Este plan de cuidados de Enfermería, pretende mejorar la calidad de vida de la paciente quien estuvo hospitalizada por 25 días tras la infección por COVID -19, así mismo se intenta solucionar algunos problemas que dicha situación ha generado.

Oxigenación: Los primeros días en casa, de acuerdo a las indicaciones médicas se requiere necesario el oxígeno domiciliario durante el mayor número de horas y en mayor cantidad (3 litros por minuto), para evitar ese desapego brusco del mismo y evitar agotamiento tras las secuelas de la neumonía por Coronavirus.

Alimentación e hidratación: dietología y nutrición, indica una dieta equilibrada baja en grasas, sal y carbohidratos, aumentando la ingesta de proteínas para favorecer la masa muscular.

Eliminación: no presenta estreñimiento, se considera diuresis aumentada por la toma de diuréticos.

Moverse y postura adecuada: movilidad cama-sofá con ayuda para evitar caídas, se considera la posición prona para seguir favoreciendo la oxigenación.

Sueño y descanso: Dormir adecuadamente de 7 a 8 horas para obtener sueño y descanso reparador.

Vestimenta: diariamente los cuidadores deben suplir totalmente el acto de vestirse y elegir ropa para evitar disnea de medianos esfuerzos.

Termorregulación: No existe problema, sin embargo, se recomienda uso de medios físicos y en casos de persistir, acudir a valoración.

Higiene e integridad de la piel: se debe apoyar durante el baño y mantener la piel hidratada, con cremas no irritantes.

Evitar peligros ambientales: Adecuar habitación para su descanso y baño para sus necesidades. Mantener total alerta al deambular.

Comunicarse: debido a que aún existe la molestia para comunicarse tras los 11 días de intubación y manifestar delirium y agitación, se recomienda no esforzar a la paciente y mucho menos recibir visitas para evitar todo tipo de alteración.

Creencias y valores: mantener la fe de acuerdo a su religión, y escuchar o ver la misa en medios comunicativos.

Trabajar y sentirse realizado: es docente de educación secundaria, sin embargo, se recomienda incapacidad temporal para poder recuperarse en su totalidad. Desapegarse en la medida de lo posible para evitar estrés.

Participar en actividades recreativas: se recomienda ver televisión en horarios, escuchar música,

9. CONCLUSIONES.

Comprender el Proceso Atención de Enfermería de Tercer Generación, es de gran importancia en nuestra etapa de formación e introducción a estudios de posgrado. El poder adaptarlo a un paciente consciente con ventilación mecánica invasiva y padecer COVID-19, constituye un reto y aun propiamente trabajar, Virginia Henderson, Hildegard Peplau y Jean Watson logra brindar cuidados de Enfermería a través de sus modelos y teorías, ya que es una invitación y una oportunidad a trabajar lo más humano posible, ante el proceso de salud-enfermedad, sin perder la esencia de enfermería, siendo esto fundamental en la preservación de la vida humana.

COVID-19, constituye una causa importante de comorbilidades, que afecta con mayor frecuencia a personas con enfermedades crónico-degenerativas, que pueden sobrevivir con diferentes grados de incapacidad durante muchos años.

Luego de la culminación de este estudio de caso clínico, se ha llegado a la conclusión de que el Proceso del Cuidado de Enfermería de tercera generación, constituye una herramienta primordial en la labor cotidiana del personal de enfermería en Cuidados Intensivos, debido a que mediante esta metodología, el profesional interactúa con el paciente para conseguir los datos necesarios y formular diagnósticos de enfermería que dan a conocer las necesidades que deben satisfacerse al paciente.

Como estudiantes involucramos nuestros conocimientos adquiridos, que nos lleva a realizar nuestros objetivos con satisfacción en cada etapa del proceso y llevando a cabo siempre un cuidado holístico de calidad y alto humanismo.

X. BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro, G. M. (2014). Ejecución. En R. M. Cepeda, *Proceso Atención de enfermería: una guía para la enseñanza* (págs. 105-112). Ciudad de México: Trillas.
- Alfaro, Guadalupe Mendicuti. (2014). Evaluación. En R. M. Cepeda, *Proceso Atención de Enfermería; una guía para la enseñanza*. (págs. 113-120). Ciudad de México: Trillas.
- Álvarez., L. N. (30 de 01 de 2021). *Cuidado humanizado de Enfermería, visibilizando la teoría y la investigación en la práctica*. Obtenido de En colombia:
<https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres1/#:~:text=El%20ideal%20moral%20de%20enfermer%C3%ADa,acciones%20de%20cuidado%20y%20consecuencias.>
- ANDRADE, R. M. (2014). PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. MÉXICO: TRILLAS.
- AVENTHO. (2018). Introducción. En E. Zamarrón, *Manual básico: ventilación mecánica*. (pág. 5). Ciudad de México.: Prado.
- Castaño, A. H. (2012). Hacerse entender: la experiencia de pacientes sometidos a ventilación mecánica sin efectos de sedación. *Universidad de Antioquia, Colombia.*, 3-5.
- Centro Aragónes para la Comunicación Aumentativa y Alternativa. (15 de ABRIL de 2020). ARASAAC. Obtenido de GOBIERNO DE ARAGÓN: <http://www.arasaac.org/aac.php>
- Cepeda, C. M. (2017). *la comunicación terapéutica entre la enfermera y el paciente como habilidad de cuidado humanizado en la UCI. Una revisión de tema*. Bogotá, Colombia: Universidad de ciencias aplicadas y ambientales U.D.C.A.
- Cepeda, R. M. (2014). *Proceso Atención de Enfermería; Guía interactiva para la enseñanza*. Ciudad de México: Trillas.
- Cruz, V. Á. (2015). *Comunicación por imágenes, un reto para la enfermera*. Cuba: Cardiocentro de villa clara.
- E. Celis Rodriguez y cols. (2015). Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo. *Medicina Intensiva*, 7-8.
- Enfermedades, C. p. (29 de Junio de 2021). *Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades*. Obtenido de Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades:
<https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/different-vaccines.html>
- Enfermería, C. I. (2015). *Evaluación de la calidad de los Servicios de Enfermería*. Ciudad de México: Secretaría de Salud.
- Enfermería, R. C. (2015). Enfermería: TEORÍA DE JEAN WATSON Y LA INTELIGENCIA EMOCIONAL, UNA VISIÓN HUMANA. *REVISTA CUBANA DE ENFERMERÍA*, 7-9.

- España, J. T. (2014). Evaluación . En R. M. Cepeda, *Proceso Atención de Enfermería; guía interactiva para la enseñanza* (págs. 71-90). Ciudad de México: Trillas.
- García, L. V. (2019). *Aplicación de la teoría de relaciones interpersonales de Hildegard Peplau en el cuidado de Enfermería*. Morelia, Michoacán : Paraninfo digital.
- Granados, R. (2012). *POE de comunicación aumentativa /alternativa para pacientes intubados en UCI*. Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Guadalupe, R. M. (2014). Planeación. En R. M. Cepeda, *Proceso Atención de enfermería; guía interactiva para la enseñanza* (págs. 91-104). Ciudad de México: Trillas.
- Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". (2015). *Guía para el manejo de la sedoanalgesia en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"*. Ciudad de México: Secretaría de salud.
- José Luis Martínez Melgar. (2008). Monitorización de la sedación. *Medicina Intensiva*, 8.
- López, A. C. (2019). *Implementación de un cuaderno de comunicación aumentativa/alternativa basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes intubados conscientes*. Santa Cruz de Tenerife, España.: Universidad de la Laguna .
- López, M. A. (2014). Teorías y modelos usados en la enfermería psiquiátrica. *Cuidarte*, 4.
- Lorén., P. J. (2005). *La comunicación no verbal: un reto en los cuidados enfermeros de calidad*. México: Biblioteca Lascasas.
- M.Luks, J. B. (2001). Ventilación Mecánica. En J. B. M.Luks, *Fundamentos de Fisiopatología Pulmonar* (págs. 241-250). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- México, G. d. (2021). *Guía Técnica para la aplicación de la vacuna recombinante de vector de adenovirus tipo 5 contra el virus SARS COV2 DE CANSINO*. Ciudad de México.: Secretaria de Salud.
- Meza, Carmen Chica;. (2020). Cuidado respiratorio en COVID-19. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 3-5.
- Muñoz, N. M. (2014). Valoración. En R. M. Cepeda, *Proceso Atención de Enfermería, guía interactiva para la enseñanza*. (págs. 61-70). Ciudad de México: Trillas.
- Nah, J. J. (2006). Conocimiento y nivel de aplicación de la escala de Ramsay por parte de enfermeras mexicanas especialistas en cuidados intensivos. *Elsevier*, 2.
- OMS. (7 de Mayo de 2020). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Nuevo Coronavirus 2019: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
- Organización Mundial de la Salud. (27 de Noviembre de 2020). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>

- P. Ramírez y C.Müggenburg, .. (2015). Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería Universitaria, ELSEVIER*, 5-6.
- Priscila Aguilar Ramírez, C. Q. (2020). Pruebas diagnósticas para la Covid-19: La importancia del antes y el después. *Scielo Perú*, 4-6.
- Real Academia Española. (15 de Abril de 2020). RAE. Obtenido de Asociación de Academias de l Lengua Española: <https://dle.rae.es/comunicar>
- Rincón, L. A. (2014). *Implementación de una guía de comunicación para los pacientes con ventilación mecánica invasiva conscientes con ventilación mecánica invasiva*. Bogotá.Colombia.: Universidad Nacional de Colombia.
- Rojas, J. G. (2010). Aplicación dle proceso atención de enfermería en cuidados intensivos, investigación y educación en enfermería. *Revista: Investigación y educación en enfermería*, 2.
- Rojas, N. P. (2014). *comunicación entre equipo de enfermería y pacientes con venitlación mecánica invasiva en una unidad de paciente crítico*. Colombia: Pontifica Universidad Católica de Chile.
- Rosa Guerrero Ramírez. (26 de Noviembre de 2015). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson. *Enfermería Herediana*, 2-4.
- Salud, O. M. (2020). *COVID-19: cronología de la actuación de la OMS*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Sánchez, M. F. (2018). *Implementación del modelo de Peplau en las intervenciones de enfermería y su relación con la prevención de diabetes mellitus tipo II en el subcentro de salud Enrique Ponce luque babahoyo, los rios*. Ecuador.: Universidad Técnica de Babahoyo.
- Secretaría de Salud. (2013). *NOM-019-SSA3-2013. Para la prácticca de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud*. Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación.
- Secretaría de Salud. (2013). *NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de Cuidados Intensivos*. México: Diario Oficial de la Federación.
- Secretaría de Salud. (2021). *Guía Técnica para la aplicación de la vacuna BNT162b2 Pfizer/BioNTech contra el virus SARS-COV-2*. Ciudad de México.: Gobierno de México.
- Serrato, L. A. (2014). *Implementación de una guía de comunicación para los pacientes con ventilación invasiva conscientes en la Unidad de Cuidado Intensivo*. Bogotá, Colombia,; Universidad Nacional de Colombia.
- Universidad del Salvador. (23 de Febrero de 2020). *Campus Virtual, Programa de educación a distancia*. Obtenido de <https://campus.usal.edu.ar/mod/book/view.php?id=25464&chapterid=11401>
- VADEMECUM. (9 de MAYO de 2020). *VADEMECUM*. Obtenido de INICIO DE PRINCIPIOS ACTIVOS : <https://www.vademecum.es/principios-activos-dexmedetomidina-n05cm18>

Yenny Elers Mastrapa y María del Pilar Gibert Lamadrid. (2016). *Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales*. La Habana, Cuba: Revista Cubana de Enfermería.

Zacarías, R. N. (2013). Historia de la Ventilación Mecánica. En R. C. Esper, *Ventilación Mecánica* (págs. 1-7). México: Alfil.

11. GLOSARIO DE TÉRMINOS.

Covid-19: Son una extensa familia de virus que puede causar enfermedades tanto en animales como en humanos. En los humanos, se sabe que varios coronavirus causan infecciones respiratorias que pueden ir desde el resfriado común hasta enfermedad más graves como el síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SARS).

Enfermería: Es la ciencia y arte humanístico dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas, ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad y una serie de conocimientos, principios habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes e interdependientes

Enfermería en cuidados intensivos: Cuenta con una especialidad en medicina crítica y/o cuidados intensivos, deberá estar titulada por una institución educativa superior y demostrar habilidad para el cuidado del paciente crítico, así como también, llevar a cabo las funciones de enfermería

Proceso atención de enfermería (PAE): conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico con el fin de asegurar que una persona o un grupo de persona reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de enfermería, en un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto por 5 pasos sucesivos: Valoración, diagnóstico, planeación ejecución y evaluación.

Paciente en estado crítico: Aquel que presenta alteración de uno o más de los principales sistemas fisiológicos, con pérdida de su autorregulación, que requiere soporte artificial de sus funciones vitales, asistencia continua y que es potencialmente recuperable.

Unidad de cuidados intensivos: El área de hospitalización en la que un equipo multidisciplinario proporciona atención médica a pacientes en estado agudo crítico, con el apoyo de recursos tecnológicos de monitoreo, diagnóstico y tratamiento.

Ventilación mecánica invasiva: llamada también ventilación con presión positiva intermitente, es un intento de simulación de la ventilación fisiológica, considerada una terapia de soporte

respiratorio para intentar mantener un intercambio gaseoso adecuado, por tanto, no es curativa en sí misma.

12. Tablas y anexos

Tabla 1. Factores caritativos del cuidado que propone Margaret Jean Watson.

FACTORES CARITATIVOS DEL CUIDADO. (F.C)	PROCESOS CARITAS DE CUIDADOS (PCC)
FC1: Formación humanística altruista en un sistema de valores.	
FC2: Incorporación de la fe esperanza.	
FC3: El cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros.	
FC4: El desarrollo de una relación de ayuda y confianza.	
FC5: la aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos	
FC6: El uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial	
FC7: La promoción de una enseñanza aprendizaje interpersonal	
FC8: La creación de un entorno protector y o correctivo para el medio físico.	
FC.9 La asistencia con la gratificación de necesidades humanas.	
FC10: El reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales.	

Tabla 2. 13 dominios y 48 clases que permiten obtener diagnósticos de Enfermería.

DOMINIOS	CLASES
Dominio 1: promoción de la salud.	Clase 1: toma de conciencia de la salud- Clase 2: gestión de la salud-
Dominio 2: Nutrición.	Clase 1: Ingestión Clase 2: digestión. Clase 3: absorción. Clase 4: metabolismo. Clase 5: hidratación.
Dominio 3: eliminación e intercambio.	Clase 1: función urinaria. Clase 2: función gastrointestinal Clase 3: función tegumentaria. Clase 4: función respiratoria.
Dominio 4: actividad/reposo.	Clase 1: reposo-sueño. Clase 2: actividad-ejercicio. Clase 3: equilibrio de la energía. Clase 4: respuestas cardiovasculares-pulmonares. Clase 5: autocuidado.
Dominio 5: percepción cognición.	Clase 1: atención. Clase 2: orientación. Clase 3: sensación-percepción. Clase 4: cognición. Clase 5: comunicación.
Dominio 6: autopercepción.	Clase 1: autoconcepto. Clase 2: autoestima. Clase 3: imagen corporal
Dominio 7: rol-relaciones.	Clase 1: roles de cuidador. Clase 2: relaciones familiares. Clase 3: desempeño de rol.
Dominio 8: sexualidad.	Clase 1: identidad sexual. Clase 2: función sexual. Clase 3: reproducción.
Dominio 9: afrontamiento-tolerancia del estrés.	Clase 1: respuestas postraumáticas. Clase 2: respuestas de afrontamiento. Clase 3: estrés neuro comportamental.
Dominio 10: principios vitales.	Clase 1: valores. Clase 2: creencias. Clase 3: valores/creencias/congruencia de las acciones.
Dominio 11: seguridad-protección.	Clase 1: infección. Clase 2: lesión física.

	<p>Clase 3: violencia. Clase 4: peligros del entorno. Clase 5: procesos defensivos. Clase 6: termorregulación.</p>
Dominio 12: confort.	<p>Clase 1: confort físico. Clase 2: confort del entorno. Clase 3: confort social.</p>
Dominio 13: crecimiento-desarrollo.	<p>Clase 1: crecimiento. Clase 2: desarrollo.</p>

Tabla 3. Historia Natural de la Enfermedad, elaborada por Yarib Petatàn Bárcenas.

<p>CONCEPTO: COVID 19 es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus, un nuevo virus asociado a la misma familia del síndrome respiratorio agudo severo, descubierto muy recientemente en Wuhan, China. Al ser una nueva cepa, antes esta enfermedad se denominada SARS-COV2 O 2019-nCoV.</p>		
<p>PERIODO PREPATOGÉNICO</p>	<p>PERIODO PATOGÉNICO</p>	
<p>HUÉSPED:</p> <p>Humano, aves, mamíferos, produciendo una serie de enfermedades respiratorias y digestivas letales.</p>		
<p>AGENTE:</p> <p>Orthocoronaviridae, es una familia de virus ARN que se subdivide en géneros, alpha, beta, gamma u delta coronavirus. Se les llama coronavirus por la corona de puntas que se ve alrededor de la superficie del virus.</p>		
<p>MEDIO AMBIENTE:</p> <p>Partículas de flugge producidas por el ser humano al estornudar, hablar o toser, en superficies inertes, contacto cercano con animales, cuidadores de pacientes infectados.</p>		
<p>PREVENCIÓN PRIMARIA</p> <p>Medidas de protección personal: lavado de manos, limpiar y desinfectar superficies, uso de cubre bocas, no mantener contacto manos con ojos u otras mucosas. Distanciamiento social, para evitar el contacto directo persona-persona.</p>	<p>PREVENCIÓN SECUNDARIA</p> <p>Historia clínica con antecedentes personales patológicos, últimos viajes al extranjero. Cuidado del paciente crítico en UCI, con soporte ventilatorio, hemodinámico, con vasopresores, esteroides, cuidados paliativos etc.</p>	<p>PREVENCIÓN Terciaria</p> <p>Una vez dada el alta del paciente, se recomienda llevar a cabo medidas de prevención primaria para evitar la recidiva de la enfermedad. Y una vez que exista, adquirir Inmunidad inducida por una vacuna.</p>

Fuente: (OMS, 2020)

Tabla 4. Escala de Agitación y Sedación RASS.

Puntuación	Denominación	Descripción	Exploración
+4	Combativo	Combativo, violento, con peligro inmediato para el personal.	Observar al paciente.
+3	Muy agitado	Agresivo, intenta retirarse los tubos o catéteres.	
+2	Agitado	Movimientos frecuentes y sin propósito; lucha con el ventilador.	
+1	Inquieto	Ansioso, pero sin movimientos agresivos o vigorosos.	
0	Alerta y calmado		
-1	Somnoliento	No está plenamente alerta, pero se mantiene mayor a 10 segundos despierto	Llamar al enfermo por su nombre.
-2	Sedación leve	Despierta brevemente a la llamada.	“
-3	Sedación moderada.	Movimiento o apertura ocular a la llamada o seguimiento con la mirada.	“
-4	Sedación profunda	Sin respuesta a la llamada, pero con movimiento o apertura ocular.	Estimular al enfermo sacudiendo su hombro o región esternal.
-5	Sin respuesta	Sin respuesta a la voz ni al estímulo físico.	

Tabla 5. Caso clínico

Nombre del paciente:		Numero de seguridad social:	
Sexo:	Edad:	Dx. Médico:	Unidad Médica: HMR Acapulco Servicio o área: UCI COVID
Estado civil:	Escolaridad:	Religión:	Ocupación:
CASO CLÍNICO			
<p>SPO2: 94% con VMI T/A: 145/86 mmHg F.C: 80 por min. F.R: 28 por min. TEMP: 37.5 °C DXTX: 144 mg/dL PESO: 730 Kg TALLA: 1.65 cm</p>	<p><i>Motivo de ingreso:</i></p> <p><i>Exploración física:</i></p> <p><i>Evolución:</i></p>		
<p>Antecedentes heredofamiliares: Antecedentes personales no patológicos: Medicamentos utilizados durante la hospitalización: Hallazgos:</p>			

Tabla 6. Necesidades alteradas en la paciente (resaltadas en gris) de acuerdo a Virginia Henderson.

Necesidad	Datos
1.- Respirar normalmente	
2.- Comer y beber de forma adecuada.	
3.- Eliminar los desechos corporales	
4.- Moverse y mantener una postura adecuada	
5.- Dormir y descansar	
6.- Elegir la ropa adecuada	
7.- Mantener la temperatura corporal.	
8.- Mantener la higiene corporal	
9.- Necesidad de evitar peligro y lesiones a otros.	
10.-Necesidad de comunicación	
11.-Necesidad de realizar prácticas religiosas y valores	
12.- Necesidad de logro y realización.	
13.-Actividades recreativas	
14.- Necesidad de aprender, describir o satisfacer la curiosidad que conduzca a un desarrollo y salud normal, así como la utilización de los recursos sanitarios disponibles.	

Tabla 7. Razonamiento diagnóstico por taxonomía NANDA 2018-2020

DATOS SIGNIFICATIVOS OBJETIVOS/SUBJETIVOS	ANÁLISIS Y AGRUPACIÓN DE DATOS C/ SUS RESPECTIVAS DEDUCCIONES.	IDENTIFICACIÓN DE DX. ENFERMERO Y PROB. INTERDEPENDIE NTE.	ASIGNACIÓN DE NOMBRE DEL DIAGNOSTICO Y DETERMINACIÓN DE FACTORES DE RIESGO.
•		Problema interdependiente Problema interdependiente y dependiente Diagnóstico enfermero Diagnóstico enfermero	Diagnóstico médico: SARS-COV2 (COVID-19) Diagnósticos enfermeros

Tabla 8. Priorización de diagnósticos de Enfermería.

Encontrados	Priorizados

Tabla 9. Instrumento del Caring: Teoría de Margaret Jean Watson.

FACTORES CARITATIVOS DEL CUIDADO. (F.C)	PROCESOS CARITAS DE CUIDADOS (PCC)
FC1: Formación humanística altruista en un sistema de valores.	
FC2: Incorporación de la fe esperanza.	
FC3: El cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros.	
FC4: El desarrollo de una relación de ayuda y confianza.	
FC5: la aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos	
FC6:El uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial	
FC7: La promoción de una enseñanza aprendizaje interpersonal	
FC8: La creación de un entorno protector y o correctivo para el medio físico.	
FC.9 La asistencia con la gratificación de necesidades humanas.	
FC10: El reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales.	

NIVEL:	ESPECIALIDAD:	Tabla 10. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA INTERDEPENDIENTE			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA) DOMINIO:3 Eliminación e intercambio. CLASE:4 función respiratoria <i>Etiqueta ()</i> <i>Definición:</i> R/C: M/P:		RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACIÓN DIANA
		Resultado esperado: <i>Definición:</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 	1.-	Mantener a: Aumentar a:

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

INTERVENCION (NIC):

CODIGO:

DEFINICIÓN:

DOMINIO:

CLASE:

ACTIVIDADES:

Tabla 11,12,13,14,15 y 16. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA
 DIAGNÒSTICO DE ENFERMERÍA: RIESGO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (02268)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO: CLASE: () <i>Definición:</i> R/C: M/P:	Resultado esperado: () <i>Definición:</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 		Mantener a: Aumentar a:

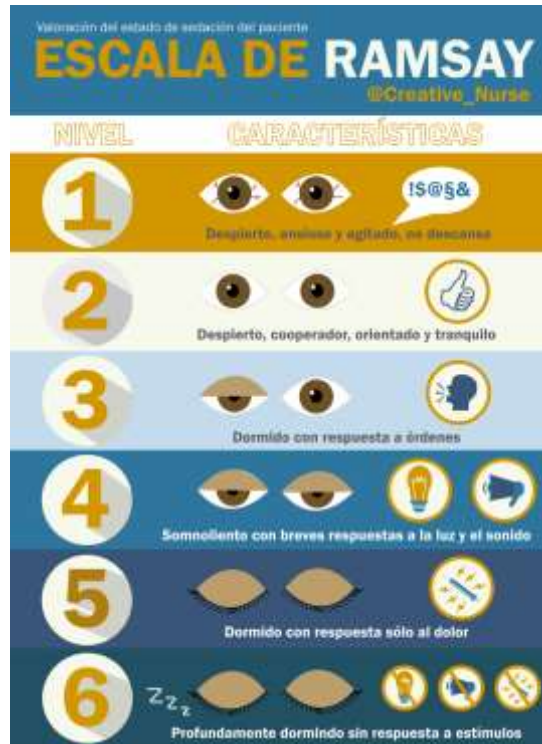
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

INTERVENCION (NIC):
CODIGO:

DEFINICIÓN:
DOMINIO:
CLASE:

ACTIVIDADES:

Anexo 1: Imagen escala de RAMSAY



ANEXO 2. Correo electrónico enviado y recibido; permiso para utilizar los pictogramas como complemento para el tablero de comunicación.



Anexo 3. Imágenes que Richard Granados utilizo para el tablero de comunicación.

Necesidad de respirar.



Necesidad de comer y beber



Necesidad de eliminación



Necesidad de moverse y mantener una posición adecuada



Necesidad de dormir y descansar



Necesidad de apoyo espiritual



32

Procedimiento operacional estandarizado (POE) de comunicación
 aumentativa-alternativa para pacientes intubados en UCI

Necesidad de trabajar



Necesidad de recreación y ocio



Necesidad de aprender



Necesidad de vestirse y desvestirse



Necesidad de mantener temperatura adecuada



Necesidad de higiene corporal



Necesidad de evitar peligros del ambiente

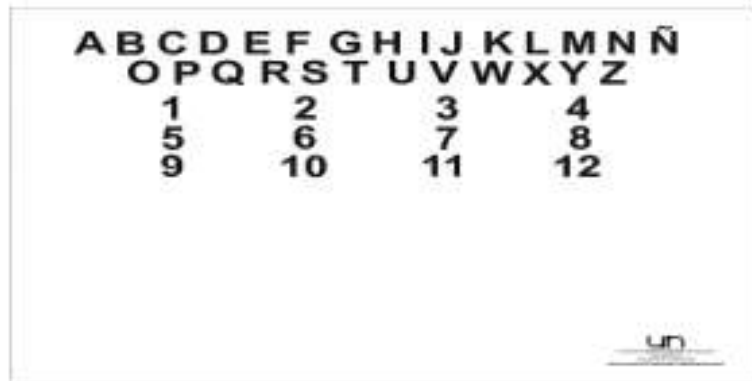


Necesidad de comunicación



Anexo 4. Tablero de comunicación para paciente crítico intubado en la Unidad de Cuidados Intensivos. (Granados, 2012)

Cara A



Cara B

SI	NO	COMO ESTA?	POR FAVOR	GRACIAS	HOLA
QUIEN	ACCION	QUE	DONDE	CUANDO	

Autor fotogramas: Diego Palao Procedencia: ARABAC d'iba (Itakadu.w/erazaci) Licencia: CC (BY-NC-SA)
 Tablero modificado, original de Filipinski Esp.

Anexo 5. Instrumento de recolección de datos.

VALORACIÓN CLÍNICA DEL SUJETO DEL CUIDADO BASADA EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Datos generales:

Nombre de la paciente: _____.

Edad: años

Sexo: _____

Servicio: _____

Estado civil: _____.

Religión; _____

Lugar de residencia: _____ -

INTRUCCIONES: A continuación, se presentan una serie de preguntas, que en su totalidad se esperan ser respondidas por el paciente mediante la entrevista, sin embargo, si sus facultades no lo permiten, se autoriza al personal de salud y/o familiares. Se recomienda marca la respuesta con una X, o ser explícito si se dese conocer otro aspecto.

1. NECESIDAD DE RESPIRACIÓN (OXIGENACIÓN/CIRCULACIÓN).

Usted fuma: _____

De ser así, especificar cuantos cigarrillos al día: _____

En su familia alguien fuma: _____ Frecuencia respiratoria: _____

presencia de cianosis:

Auscultación con ruidos pulmonares: _____

Cianosis distal	
Cianosis peribucal	
Cianosis ungueal	
No hay presencia de cianosis.	

Tipo de respiración:

Normal	
Ortopnea	
Bradipnea	
Taquipnea	
Kussmaul	
Cheyne Stokes	
Periodos de apnea	
Polipnea	

Apoyo para la oxigenación/ventilación:

Puntas nasales	
Mascarilla con bolsa reservorio.	
VMI	

Toma de presión arterial: _____ mmHg

Frecuencia cardíaca: _____ latidos por minuto.

DXTX: _____ mg/dL

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

Cantidad de líquidos que toma al día: _____ ml.

Tipo de líquidos que consumes al día: _____

PESO: _____ TALLA: _____

Exploración de la calidad bucal: _____

Hábitos nutricionales: _____

Alimentos que más consume y cuántas veces a la semana los consume: _____

Tiene problemas para la ingestión de sus alimentos: _____

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN:

Orina recolectada: _____

Características de la orina: _____

Ha tenido problemas urinarios: _____

Características de la evacuación: _____

Problemas para la eliminación intestinal: _____

4. NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA:

¿Es capaz de moverse y desplazarse con facilidad? _____

Su estado actual lo limita a alguna actividad: _____

¿Refiere fatiga o debilidad cuando? _____

Se viste	
Se baña	
Camino	
Se alimenta	

5- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

Duerme adecuadamente: _____

Se encuentra bajo efectos de sedación: _____

Cuántas horas duerme: _____

Tiene problemas para dormir: no

17. SELECCIÓN DE ROPA Y CAPACIDAD PARA VESTIRSE Y DESVESTIRSE.

Se viste solo: _____

Requiere de asistencia: _____

18. NECESIDAD DE MANTENER UNA TEMPERATURA CORPORAL.

Temperatura corporal: _____

19. NECESIDAD DE HIGIENE.

Con qué frecuencia se baña: _____

Coloración de la piel: _____

Como es el estado del cuero cabelludo: _____

Cada cuánto se cepilla sus dientes: _____

¿Realiza lavado de manos con mucha frecuencia y en qué momentos?:

20. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS Y EVITAR LESIONES A OTROS.

Usa anteojos	
Realiza exámenes de agudeza visual.	
¿Requiere de pasamanos en casa para evitar caída?	
Tiene limitaciones en su capacidad física.	
Tiene limitaciones mentales.	
Tiene limitaciones para la comunicación	

21. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN.

¿Cuántas personas integran su familia? _____.

Al establecer comunicación con los demás, como la lleva a cabo: _____

Lleva a cabo comunicación escrita: _____

Comunicación no verbal: utiliza señas o gestos para poder comunicarse:

NECESIDAD DE RELIZAR PRÁCTICAS RELIGIOSAS Y VALORES.

Religión: _____

Requiere de apoyo espiritual: _____

NECESIDAD DE LOGRO Y REALIZACIÓN.

¿Cuál es su ocupación? _____

¿Tiene riesgo de perder su trabajo? _____

Muestras satisfacción por lo realizado durante tu ámbito profesional: _____

Muestra ira o coraje por las limitaciones que la enfermedad le ocasiona: _____

22. ACTIVIDADES RECREATIVAS:

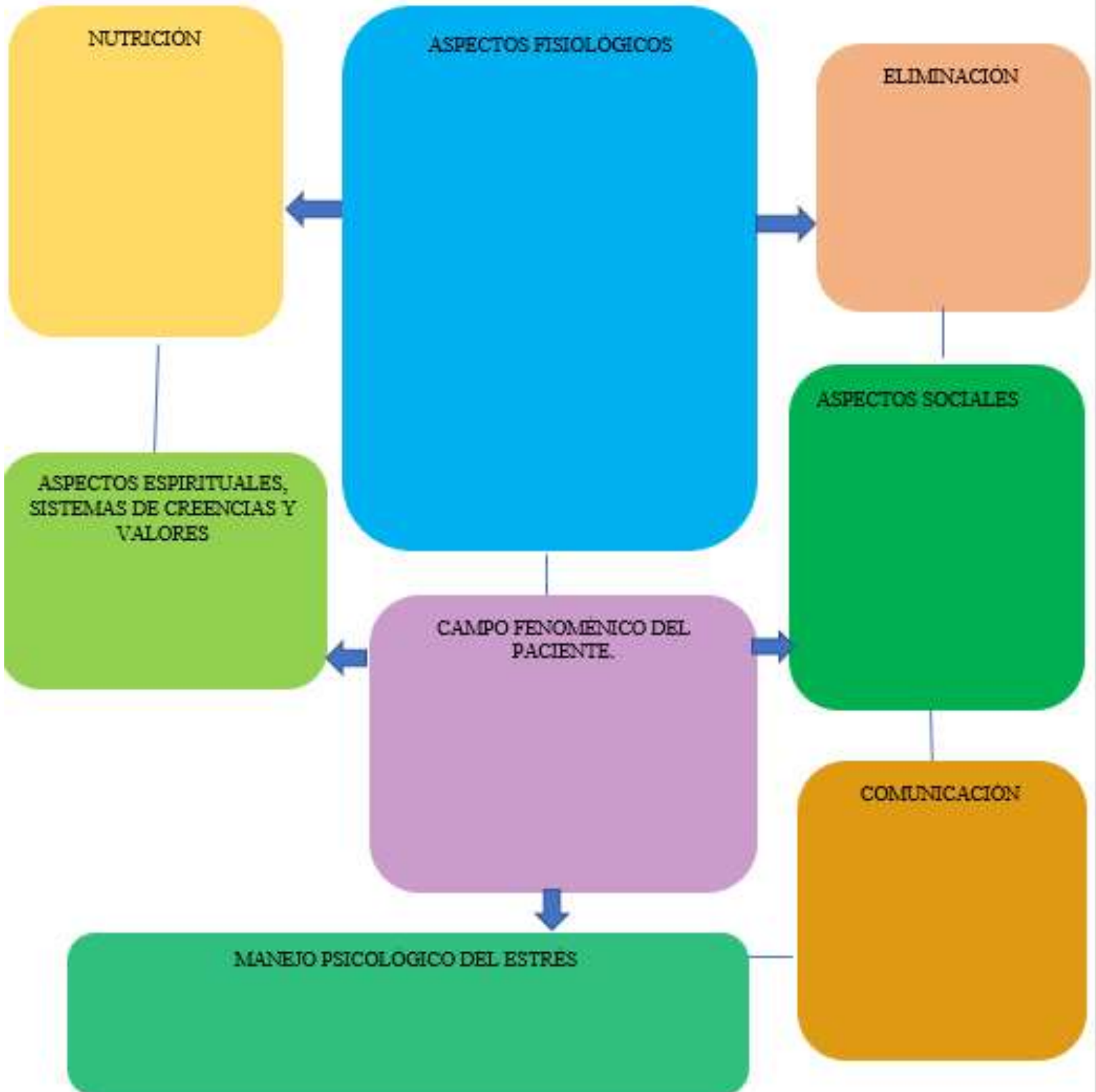
Hábitos y costumbre durante el tiempo libre.

Ver televisión.	
Platica con los demás pacientes.	
Platica con el personal	

23. NECESIDAD DE APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUZCA A UN DESARROLLO Y SALUD NORMAL, ASÍ COMO LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS SANITARIOS DISPONIBLES.

Se conoce a si mismo.	
Conoce su estado de salud actual.	
Conoce los cambios de vida	

Anexo 6. Valoración clínica del sujeto del cuidado basada en el modelo de Margaret Jean Watson.



Anexo 7. “CONSENTIMIENTO INFORMADO”

Título del estudio: Proceso Atención de Enfermería de Tercera Generación: en paciente consciente positiva a COVID-19, con Ventilación Mecánica Invasiva, en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Responsable: Yarib Petatàn Bárcenas, alumna de la Especialidad de Enfermería en Cuidados Intensivos.

Asesores de tesis: Dra. Marilú López Núñez y E.E.C.I. José Eduardo Torres Espino.

Propósito: Implementar el Proceso Atención de Enfermería de Tercera Generación en paciente consciente positiva a COVID-19, con Ventilación Mecánica Invasiva en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), del Hospital Militar Regional de Acapulco de Juárez, Guerrero.

Procedimiento: Se llevará a cabo el estudio de la paciente, en el que se conocerá su historia clínica para el desarrollo del Proceso Atención de Enfermería, a través de un instrumento de recolección de datos, mismos que permitirán establecer diagnósticos enfermeros, planear intervenciones de Enfermería y ejecutar actividades con base a la patología en estudio.

Participación voluntaria: La participación en este estudio será de forma voluntaria. Si usted no desea participar, no se tomará ningún tipo de represalia en contra de su persona. En todo momento tendrá plena libertad de decisión; seguir o no.

Beneficios: Con su participación se pretende elaborar un Proceso Atención de Enfermería enfocado a la paciente para el cuidado humanizado personalizado, así mismo como estrategia para mejorar la interacción entre el personal de enfermería y el paciente crítico intubado consciente positiva a COVID-19, conociendo a través de él lo que el paciente desea transmitir, beneficiando su evolución en el hogar mediante un plan de alta de Enfermería, en este caso, personalizado.

Riesgos y molestias: El personal de Enfermería y/o el paciente no correrán ningún tipo de riesgo de manera física o mental y evitará todo tipo de molestias.

CONSENTIMIENTO:

Por medio del presente documento expreso mi voluntad de participar en el estudio titulado: Proceso Atención de Enfermería de Tercera Generación: en paciente consciente positiva a COVID-19, con Ventilación Mecánica Invasiva, en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Manifiesto haber sido informada (o) del propósito del mismo, y confiando plenamente en que la información que se vierta en el cuestionario será solo y exclusivamente para fines del estudio , Confirmando también que he tenido la posibilidad de hacer preguntas relacionadas al estudio y a la patología, y han sido resueltas, asimismo, tuve el tiempo y la posibilidad de leer la información.

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Los responsables del estudio, al que usted ha manifestado su aceptación de participar, luego de darle su consentimiento informado, se compromete a guardar la confidencialidad de todo tipo de información. Así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicará a su persona en lo absoluto.

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE:

L.E. Yarib Petatán Bárcenas.

NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE O FAMILIAR.



Anexo 7. "CONSENTIMIENTO INFORMADO"

Título del estudio: Proceso Atención de Enfermería de Tercera Generación: en paciente consciente positiva a COVID-19, con Ventilación Mecánica Invasiva, en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Responsable: Yarié Petatón Bárcenas, alumna de la Especialidad de Enfermería en Cuidados Intensivos, generación 2019-2020.

Aseores de tesis: Dra. Marilú López Núñez y E.E.C.A. José Eduardo Torres Espino.

Propósito: Implementar el Proceso Atención de Enfermería de Tercera Generación en paciente consciente positiva a COVID-19, con Ventilación Mecánica Invasiva en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), del Hospital Militar Regional de Acapulco de Juárez, Guerrero.

Procedimiento: Se llevará a cabo el estudio de la paciente, en el que se conocerá su historia clínica para el desarrollo del Proceso Atención de Enfermería, a través de un instrumento de recolección de datos, mismos que permitirán establecer diagnósticos enfermeros, planear intervenciones de Enfermería y ejecutar actividades con base a la patología en estudio.

Participación voluntaria: La participación en este estudio será de forma voluntaria. Si usted no desea participar, no se tomará ningún tipo de represalia en contra de su persona. En todo momento tendrá plena libertad de decisión; seguir o no.

Beneficio: Con su participación se pretende elaborar un Proceso Atención de Enfermería enfocado a la paciente para el cuidado humanizado personalizado, así mismo como estrategia para mejorar la interacción entre el personal de Enfermería y el paciente crítico intubado consciente positiva a COVID-19, conociendo a través de él lo que el paciente desea transmitir, beneficiando su evolución en el hogar mediante un plan de alta de Enfermería, en este caso, personalizado.

Riesgos y molestias: El personal de Enfermería y/o el paciente no correrán ningún tipo de riesgo de manera física o mental y evitará todo tipo de molestias.



CONSENTIMIENTO:

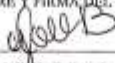
Por medio del presente documento expreso mi voluntad de participar en el estudio titulado: Proceso Atención de Enfermería de Tercera Generación: en paciente consciente positiva a COVID-19, con Ventilación Mecánica Invasiva, en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Manifiesto haber sido informada (o) del propósito del mismo, y confiando plenamente en que la información que se vierte en el cuestionario será solo y exclusivamente para fines del estudio. Confirmando también que he tenido la posibilidad de hacer preguntas relacionadas al estudio y a la patología, y han sido resueltas, asimismo, tuve el tiempo y la posibilidad de leer la información.


COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Los responsables del estudio, al que usted ha manifestado su aceptación de participar, luego de darle su consentimiento informado, se comprometen a guardar la confidencialidad de todo tipo de información. Así como también le aseguro que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicará a su persona en lo absoluto.

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE:


 E.E. Yarié Petatón Bárcenas.

NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE O FAMILIAR:

Ladislao P.L. 

CARA A Y B DEL TABLERO DE COMUNICACIÓN PARA EL PACIENTE CRÍTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

TABLERO DE COMUNICACION PARA PACIENTE CRITICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS



TABLERO DE COMUNICACION PARA PACIENTE CRITICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

SI	NO	COMO ESTÁ?	POR FAVOR	GRACIAS	NO LA
QUIEN	ACCIÓN	QUE	DONDE	CUANDO	



Autor: <http://www.psicologia.com>
 Adaptación: <http://www.psicologia.com>
 Traducción: <http://www.psicologia.com>
 Revisión: <http://www.psicologia.com>
 Proceso: <http://www.psicologia.com>
 Edición: <http://www.psicologia.com>
 Distribución: <http://www.psicologia.com>
 Copyright © 2015. Todos los derechos reservados.