



**POSGRADO DE ENFERMERÍA
ESPECIALIDAD EN CUIDADOS INTENSIVOS
GENERACION: 2019-2020**

**TRABAJO DE INVESTIGACION:
PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA A
PACIENTE EMBARAZADA CON COVID-19**

Para Obtener el Diploma de Grado de Especialista en
Enfermería de Cuidados Intensivos

Presenta:

Alumna: Rocio de Lluvia Osorio Larumbe

Director Interno: Doctora: Norma Angélica Bernal Pérez Tejada.

Director Externo: M.E.E. Elena Zúñiga Oronato.

LGAC: "Calidad de los Procesos del Cuidado Intensivo al Paciente en Estado Crítico"
Grupo Disciplinar: "Gestión y Docencia en Enfermería."

Acapulco, Guerrero Julio 2021



INDICE

PORTADA PAE “PACIENTE EMBARAZADA CON COVID-19.....	1
INDICE.....	2
INTRODUCCION.....	2
JUSTIFICACION.....	4
OBJETIVO GENERAL	5
OBJETIVO ESPECIFICO	5
MARCO TEORICO	6-7
ANATOMIA Y FISIOPATOLOGIA	8-11
MORTALIDAD.....	12
ETIOLOGIA.....	13-15
SIGNOS Y SINTOMAS.....	16-17
DIAGNOSTICO.....	18
TRATAMIENTO MEDICO	19-20
HISTORIAL CLINICO	21-23
PRESENTACION DEL CASO CLINICO	24-25
TEORIA DE JEAN WATSON.....	26-28
DATOS SIGNIFICATIVOS POR LOS FACOTRES CARITATIVOS Y PROCESO DE CARITAS.....	29
METODOLOGIA.....	30
LISTADO DE LOS DATOS SIGNIFICATIVOS	31-32
PRIORIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS.....	33
VALORACION.....	34
DIAGNOSTICO (CLASIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA).....	34
PLANEACION (PLANES DE CUIDADO).....	35-47
EJECUCIÓN.....	48
EVALUACION (PLAN DE ALTA).....	49
CONCLUSIÓN.....	50
BIBLIOGRAFIA.....	51



INTRODUCCION

El presente Proceso de Atención de Enfermería de Tercera Generación, atiende a la problemática que se presentó en una paciente del sexo femenino de 26 años embarazada quien fue diagnosticada positivo a COVID-19, hecho que según sus propias palabras, la mantuvo en un estado de sufrimiento físico y desgaste emocional, pues el desconocer de su enfermedad y las causas que dieron origen a la misma, así como el tratamiento enfocado preponderantemente al ámbito clínico, la llenaron de sentimientos que no sabía cómo expresar y que derivaron en una angustia que ella describió como una opresión constante.

Es por ello que decido enfocar las intervenciones de enfermería dirigidas a atender las respuestas humanas presentes en la paciente, para tal efecto consideramos el modelo de los factores caritativos de Jean Watson, como la herramienta idónea para este caso clínico.

Nuestros esfuerzos están enfocados en que la paciente reconozca las fuerzas fenomenológicas y existenciales de su condición, y que pueda expresar sus sentimientos para fortalecer la relación de ayuda y confianza, buscando mutuamente el restablecimiento de su salud.



JUSTIFICACIÓN

El proceso de atención de enfermería constituye un instrumento que está abocado a diagnosticar las necesidades de los pacientes y a programar las acciones para darles solución, Jean Watson define a este proceso como "El uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial" y refiere que la sistematización de los procesos no debe ser un impedimento para investigar, estudiar y desarrollar habilidades, para enfrentar situaciones nuevas.

En este sentido a lo largo de nuestra formación como profesionales de la salud, hemos utilizado la segunda generación del proceso enfermero, a tal grado que tendemos a mecanizar los diagnósticos de enfermería, atendiendo más a la patología que al paciente mismo, sin buscar trascender más allá de lo que esta metodología nos otorga como intervenciones.

En ese orden de ideas, hoy como estudiante de posgrado en cuidados intensivos, utilizo el proceso enfermero de tercera generación, teniendo una base teórica firme en la teoría del caring, y entendiendo que la ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa, y que cuidado no es sólo curar o medicar, es integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover, o recuperar la salud.



OBJETIVO GENERAL

Aplicar el proceso de atención de enfermería de tercera generación, utilizando el modelo de factores caritativos de Jean Watson, en una paciente embarazada positiva a COVID-19.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las necesidades reales y potenciales de la paciente en relación con la patología presente y las reacciones emocionales que le provocan el encontrarse en esa situación.
2. Establecer planes de cuidados apegados al modelo de factores caritativos de Jean Watson.
3. Estabilizar el estado emocional de la paciente, realizando intervenciones con un enfoque holístico, basado en el conocimiento y en la práctica.
4. Lograr en la paciente el reconocimiento de las fuerzas fenomenológicas y existenciales de su condición, para que una vez comprendida y aceptada, se trabaje en conjunto en la búsqueda soluciones de la misma.



MARCO TEORICO

Los coronavirus son una extensa familia de virus que pueden 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 enfermedades más graves como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS). El coronavirus que se ha descubierto más recientemente causa la enfermedad por coronavirus COVID-19.

La COVID-19 es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente. Tanto este nuevo virus como la enfermedad que provoca eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019. Actualmente la COVID-19 es una pandemia que afecta a muchos países de todo el mundo.

Los síntomas más habituales de la COVID-19 son la fiebre, la tos seca y el cansancio. Otros síntomas menos frecuentes que afectan a algunos pacientes son los dolores y molestias, la congestión nasal, el dolor de cabeza, la conjuntivitis, el dolor de garganta, la diarrea, la pérdida del gusto o el olfato y las erupciones cutáneas o cambios de color en los dedos de las manos o los pies. Estos síntomas suelen ser leves y comienzan gradualmente. Algunas de las personas infectadas solo presentan síntomas levísimos.

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. Las personas mayores y las que padecen afecciones médicas previas como hipertensión arterial, problemas cardíacos o pulmonares, diabetes o cáncer tienen más probabilidades de presentar cuadros graves.



Sin embargo, cualquier persona puede contraer la COVID-19 y caer gravemente enferma. Las personas de cualquier edad que tengan fiebre o tos y además respiren con dificultad, sientan dolor u opresión en el pecho o tengan dificultades para hablar o moverse deben solicitar atención médica inmediatamente. Si es posible, se recomienda llamar primero al profesional sanitario o centro médico para que estos remitan al paciente al establecimiento sanitario adecuado.



ANATOMIA Y FISIOPATOLOGIA

Si bien se sabe que el SARS-CoV-2 causa una enfermedad pulmonar sustancial, incluida la neumonía y el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA), los médicos han observado muchas manifestaciones **extrapulmonares** de COVID-19.

Esto puede reflejar la diseminación y la replicación extrapulmonar del SARS-CoV-2, como se ha observado para otros coronavirus zoonóticos. Para proporcionar una perspectiva sobre estas manifestaciones extrapulmonares, se discute aquí la fisiopatología y el impacto clínico de COVID-19 en varios sistemas de órganos.

El SARS-CoV-2 parece emplear mecanismos para el reconocimiento de receptores similares a los utilizados por los coronavirus virulentos anteriores como el SARS-CoV, el patógeno responsable de la epidemia de SARS de 2003. La subunidad de espiga de SARS-CoV y la de SARS CoV-2 comprometen a ACE2 (enzima convertidora de angiotensina 2) como receptor de entrada. Además, la entrada celular requiere el cebado de la proteína espiga por la serina proteasa celular TMPRSS2 u otras proteasas.

Se requiere la coexpresión en la superficie celular de ACE2 y TMPRSS2 para completar este proceso de entrada. Estudios recientes han demostrado una mayor afinidad de unión de SARS-CoV-2 a ACE2 que de SARS-CoV a ACE2, lo que puede explicar parcialmente la mayor transmisibilidad de SARS-CoV-2.

Si bien algunos de estos mecanismos, incluida la entrada viral mediada por ACE2 y el daño tisular, y la desregulación del SRAA, pueden ser exclusivos de COVID-19, la patogenia inmune causada por la liberación sistémica de citocinas y las disfunciones de microcirculación también pueden ocurrir secundarias a la sepsis.



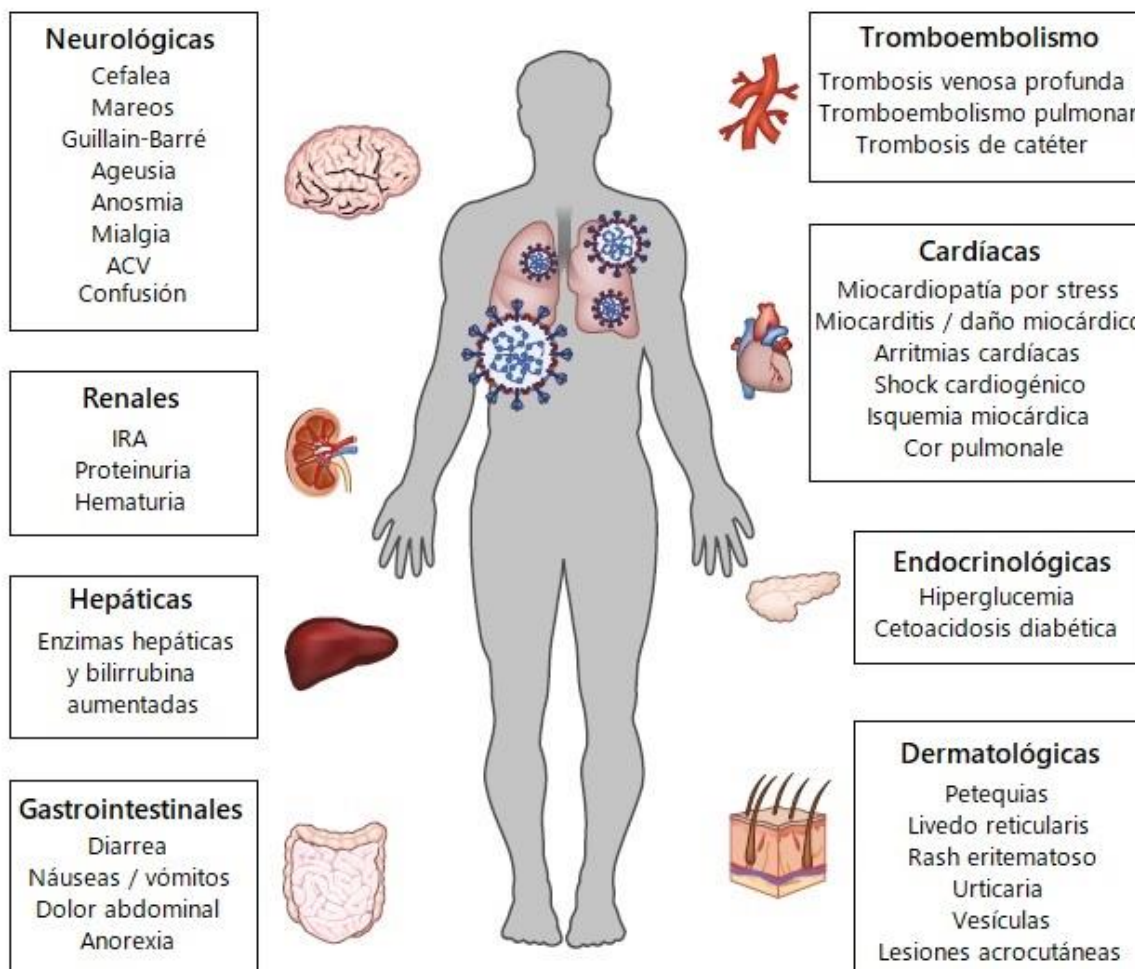
Toxicidad viral directa

El SARS-CoV-2 se transmite principalmente a través de la exposición directa o indirecta del tracto respiratorio.

Tiene **tropismo para el tracto respiratorio**, dada la alta expresión de ACE2, su receptor de entrada, en múltiples tipos de células epiteliales de la vía aérea, incluidas las células alveolares epiteliales tipo II en el parénquima pulmonar. Más adelante en el curso de la enfermedad, la replicación viral puede ocurrir en el tracto respiratorio inferior, que se manifiesta en casos graves como neumonía y SDRA.

Estudios han aislado ARN viral de **muestras fecales** con títulos altos y, con menos frecuencia, de orina y sangre. Los estudios histopatológicos han informado de **organotropismo** del SARS-CoV-2 más allá del tracto respiratorio, incluido el tropismo a los tejidos renal, miocárdico, neurológico, faríngeo y gastrointestinal.

Estos hallazgos sugieren que la lesión de múltiples órganos puede ocurrir al menos en parte debido al daño directo viral del tejido. El mecanismo de diseminación extrapulmonar del SARS-CoV-2, ya sea hematógeno o no, sigue siendo difícil de dilucidar.





Mujeres embarazadas

Epidemiología

No se ha demostrado que el embarazo y el parto alteren sustancialmente la susceptibilidad o el curso clínico de infección con SARS-CoV-2. Los datos preliminares indican que las tasas de admisión en la UCI para mujeres embarazadas son similares a las de la población no embarazada.

No se ha informado que las mujeres embarazadas con COVID-19 tengan complicaciones maternas graves, pero en algunos estudios se observó un mayor riesgo de parto prematuro y cesárea. La evidencia de la transmisión vertical sugiere que ésta es posible pero probablemente no es una ocurrencia común.

Fisiopatología

Se desconoce si los cambios inmunológicos normales del embarazo afectan la gravedad de la enfermedad COVID-19, una enfermedad marcada por hiperinflamación en sus formas graves. La evidencia histopatológica de infección de muestras de membrana placentaria y fetal con SARS-CoV-2 se ha informado en algunos casos, pero hasta ahora, las muestras vaginales y amnióticas han dado negativo en mujeres embarazadas infectadas con SARS-CoV-2.

Manejo

El manejo de las mujeres embarazadas hospitalizadas no es sustancialmente diferente del de las personas no embarazadas. Los cambios en la vía de parto o el manejo del trabajo de parto no se recomiendan rutinariamente para pacientes embarazadas con COVID-19.



MORTALIDAD

Diversos estudios y resultados de la vigilancia de la COVID-19, indican un mayor riesgo en la mujer embarazada de presentar formas graves de COVID-19 y en consecuencia, de ser hospitalizadas y remitidas a Unidades de Cuidados Intensivos; por ello, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) emitió el 13 de agosto de 2020 una Alerta Epidemiológica, solicitando a los Estados Miembros a redoblar esfuerzos en todos los niveles del sistema de salud para asegurar el acceso a los servicios de atención prenatal, así como implementar medidas preventivas para reducir la morbilidad y mortalidad asociada a la COVID-19 en todos los niveles del sistema de salud, manteniendo el compromiso de reducir la mortalidad materna y perinatal.

A nivel nacional, la situación de mujeres embarazadas y puérperas ante COVID-19 es preocupante por el incremento de la mortalidad materna, pues según se desprende del Informe Semanal de Vigilancia Epidemiológica (semana epidemiológica 15 de 2021) de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud; la razón de mortalidad materna calculada es de 51.7 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, lo que representa un incremento del 84.5% en la razón respecto a la misma semana epidemiológica del año 2020. Estos datos sugieren que las muertes maternas relacionadas con la COVID-19, han ido en aumento con relación a las últimas semanas epidemiológicas del 2020.

Con base en el Informe Semanal de Notificación Inmediata de Muerte Materna (semana epidemiológica 15 de 2021), en México las tres principales causas de defunción de mujeres embarazadas y puérperas son: 1. COVID-19, registrando 131 (45.0%) casos con virus SARS-CoV2 confirmado; 2. COVID-19, virus no identificado con 14 (4.8%) casos; y 3. Edema, proteinuria y trastornos



hipertensivos que complican el embarazo, el parto y el puerperio 33 (11.3%) casos. Las entidades con más defunciones maternas son: Estado de México (54), CDMX (28), Jalisco (21), Puebla (16), Michoacán y Veracruz (14) cada una. En conjunto suman el 50.5% de las defunciones registradas.

POBLACION AFECTADA

Los síntomas de la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) pueden variar en gran forma. Algunas personas no presentan ningún síntoma, mientras que otros se enferman tanto que eventualmente necesitan asistencia mecánica para respirar.

El riesgo de tener síntomas peligrosos de COVID-19, puede aumentar en las personas mayores y también en las personas de cualquier edad que tienen otros problemas de salud graves — como afecciones de salud cardíacas o pulmonares, sistema inmunitario debilitado, obesidad extrema, o diabetes. Esto es similar a lo que se ve con otras enfermedades respiratorias, como la influenza.

ETIOLOGIA

Virología

- El coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave 2 (SARS-CoV-2) es un betacoronavirus previamente desconocido que se descubrió en muestras de lavado broncoalveolar tomadas de grupos de pacientes que presentaron neumonía de causa desconocida en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei (China), en diciembre de 2019.
- Los coronavirus son una familia numerosa de virus del ácido ribonucleico (RNA) con envoltura, algunos de los cuales causan enfermedades en las



personas (p. ej., el resfriado común, el síndrome respiratorio agudo severo [SARS], el síndrome respiratorio de Oriente Medio [MERS]), y otros que se propagan entre mamíferos y aves. Con escasa frecuencia, los coronavirus de animales pueden transmitirse a los seres humanos y posteriormente entre seres humanos, como fue el caso del SRAG y el MERS.

- El SARS-CoV-2 pertenece al subgénero de Sarbecovirus de la familia coronaviridae y es el séptimo coronavirus del cual se conoce y que infecta a seres humanos. Se ha encontrado que el virus presenta características similares a las del coronavirus del SARS proveniente de los murciélagos, pero se diferencia del SARS-CoV y del MERS-CoV. El genoma completo ha sido determinado y publicado en el GenBank.
- Un estudio preliminar sugiere que hay dos tipos (o cepas) principales del virus del SARS-CoV-2 en China, designados L y S. Se determinó que el tipo L era más prevalente durante las primeras etapas del brote en la ciudad de Wuhan y puede ser más agresivo (aunque esto es especulativo), pero su frecuencia disminuyó después de principios de enero. En esta etapa se desconoce la relevancia de este hallazgo y es necesario seguir investigando.

Transmisión presintomática

- Se estima que el período de incubación es de entre 1 y 14 días, con una mediana de 5 a 6 días. Algunos pacientes pueden ser contagiosos durante el período de incubación, generalmente de 1 a 3 días antes del inicio de los síntomas. La transmisión presintomática todavía requiere que el virus se propague por medio de gotitas infecciosas o por contacto directo o indirecto con los fluidos corporales de una persona infectada.



- Se ha informado la transmisión presintomática en el 12.6% de los casos en China. En un estudio realizado en Singapur se identificó un 6.4% de los pacientes de siete grupos de casos en los que era probable que la transmisión presintomática se hubiera producido entre uno y tres días antes del inicio de los síntomas.
- La tasa global de ataques secundarios por contactos cercanos de personas presintomáticas es de aproximadamente el 3.3%, con una tasa del 16.1% por las personas con las que tengan contacto en el hogar, 1.1% por contactos sociales y 0% por contactos en contextos laborales.

Transmisión perinatal

- La transmisión vertical es posible, pero parece producirse en una minoría de casos (3.2%) en el tercer trimestre. Se han informado posibles casos de transmisión intrauterina y transplacentaria. La tasa de infección no es mayor cuando el bebé nace por vía vaginal, durante el periodo de lactancia materna o cuando se le permite el contacto con la madre. Se han detectado fragmentos virales en la leche materna, pero se desconoce su importancia.
- Es poco probable que se produzca una transmisión perinatal si se toman las precauciones higiénicas correctas. En un estudio de 1481 partos, el 8% de las madres dieron positivo en el SARS-CoV-2. Alrededor del 83% de los recién nacidos compartían habitación con su madre y fueron amamantados. Todos los neonatos sometidos a pruebas de reacción en cadena de la polimerasa de transcripción inversa (RT-PCR) a los 5 a 7 días y a los 14 días de vida dieron negativo para el SARS-CoV-2.



SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los signos y síntomas de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) pueden aparecer entre dos y 14 días después de la exposición al virus. Este período entre la exposición y antes de la aparición de los síntomas se llama el período de incubación. Los signos y los síntomas más comunes pueden incluir:

- Fiebre
- Tos
- Cansancio

Los primeros síntomas de la COVID-19 pueden incluir pérdida del gusto o del olfato.

Otros síntomas pueden incluir:

- Falta de aire o dificultad para respirar
- Dolores en los músculos
- Escalofríos
- Dolor de garganta
- Goteo de la nariz
- Dolor de cabeza
- Dolor en el pecho

Esta lista no incluye todos los posibles signos y síntomas. Se han reportado otros síntomas menos comunes, como erupción en la piel, náuseas, vómitos, y diarrea. Los niños presentan síntomas similares a los de los adultos, y generalmente tienen una enfermedad leve.

La gravedad de los síntomas de la COVID-19 puede ser de muy leve a extrema. Algunas personas pueden tener solo unos pocos síntomas, y otras quizás no tengan ninguno. En algunas personas quizás los síntomas empeoran, como más



problemas para respirar y neumonía, aproximadamente una semana después de comenzar.

Los adultos mayores corren un mayor riesgo de enfermarse de más gravedad con la COVID-19, y el riesgo aumenta con la edad. Las personas que ya tienen afecciones de salud crónicas también pueden tener un riesgo más alto de enfermarse gravemente. Las afecciones de salud graves que aumentan el riesgo de enfermarse de gravedad con la COVID-19 incluyen:

- Enfermedades cardíacas graves, como insuficiencia cardíaca, enfermedades de las arterias coronarias, o miocardiopatía
- Cáncer
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Diabetes tipo 2
- Obesidad grave
- Enfermedad renal crónica
- Enfermedad de células falciformes
- Sistema inmunitario debilitado por trasplante de órganos sólidos.

El riesgo de una enfermedad más grave puede verse aumentado por otras afecciones, como ser:

- Asma
- Enfermedad hepática
- Enfermedades pulmonares crónicas, como fibrosis quística
- Afecciones del cerebro y del sistema nervioso
- Sistema inmunitario debilitado por trasplante de médula ósea, VIH, o algunos medicamentos
- Diabetes tipo 1
- Presión arterial alta



DIAGNOSTICO

El diagnóstico de la enfermedad COVID-19, provocada por el virus de SARS-CoV-2, es realizado en pacientes que sufren síntomas asociados a la misma (tos, disnea y fiebre, principalmente), mediante la prueba PCR o test rápidos.

Pruebas PCR

La PCR que significa (por sus siglas en inglés) 'Reacción en Cadena de Polimerasa', es la prueba de referencia y permite detectar el ARN del virus. La prueba será positiva cuando en el análisis se detecte material genético del virus. Si la prueba es negativa pero existe una alta sospecha, será necesario realizar otra prueba que permita detectar la presencia o no del virus. La muestra del paciente se extrae mediante la toma de un exudado nasofaríngeo y los resultados se obtienen al cabo de unas horas.

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

Test rápidos para la detección de anticuerpos (Ac)

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

Estos test son menos sensibles y específicos que la PCR y permiten conocer si el paciente está pasando la enfermedad (IgM positiva), no la está pasando (IgM e IgG negativas) o ya la ha pasado (IgG positiva).



TRATAMIENTO

En el momento no se recomienda ninguna medicación para tratar la COVID-19, y no hay ninguna cura. Los antibióticos no son efectivos contra las infecciones virales como la COVID-19. Los investigadores están probando una variedad de posibles tratamientos.

La FDA ha dado autorización de emergencia para el uso del medicamento antiviral remdesivir para tratar casos graves de COVID-19. Los Institutos Nacionales de la Salud de Estados Unidos recientemente han recomendado el corticosteroide desametasona para las personas con casos graves de la COVID-19 que requieren oxígeno complementario o respiración mecánica.

La atención complementaria se centra en aliviar los síntomas, y quizás incluya:

- Analgésicos (ibuprofeno o acetaminofén)
- Jarabe o medicación para la tos
- Descanso
- Tomar líquidos

No hay evidencia de que se deba evitar el ibuprofeno u otros medicamentos antiinflamatorios no esteroides.

Si tus síntomas son leves, tu médico quizás recomiende la recuperación en casa. Tal vez te dé instrucciones especiales para vigilar tus síntomas y para evitar contagiar a otros con la enfermedad. Probablemente te pida que te aísles cuanto sea posible de la familia y de las mascotas mientras estás enfermo, que uses una mascarilla cuando estés con otras personas y las mascotas, y que uses un dormitorio y un baño separados.

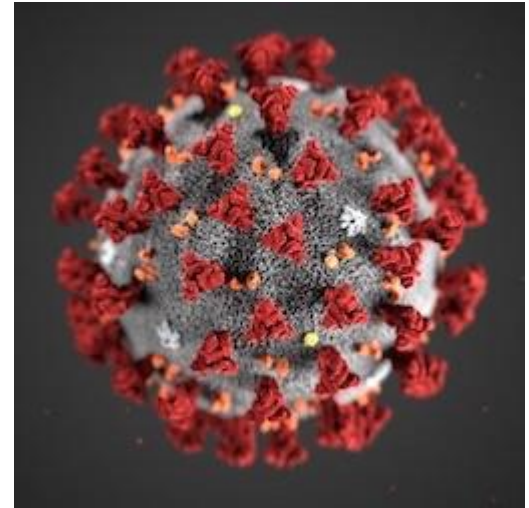


Posiblemente, el doctor te recomendará que te quedes en casa en aislamiento por un período de tiempo, excepto para recibir atención médica. Tu médico probablemente te hará seguimientos regulares. Sigue las recomendaciones que te den tu médico y tu departamento de salud local sobre cuándo terminar tu aislamiento.

Si estás muy enfermo, es posible que tengan que hacerte tratamiento en el hospital.

Tratamiento en embarazadas

Los corticosteroides solo tienen un lugar en la prevención de la hipoplasia pulmonar neonatal, la enterocolitis necrótica y la hemorragia interventricular debido a la prematuridad.



Los antipalúdicos (hidroxicloroquina) tiene un perfil de seguridad razonable en el embarazo, pero se deben tomar precauciones generales, las dosis son: Cloroquina 600 mg en el momento del diagnóstico y 300 mg/12 h 1º día y seguido de 300mg hasta el día 5, o fosfato de cloroquina 1000 mg al diagnóstico y 500 mg 12 h, el.1º día, seguido de 300 mg dos veces al día hasta el día 5.

Hidroxicloroquina 400 mg en el momento del diagnóstico, y 400 mg c/12 h el 1º día y seguido de 200 mg cada/12 h hasta el día 5.

Los antirretrovirales no tienen indicación terapéutica en el embarazo a menos que no existan otras opciones de tratamiento para la vida materna. La dosis de lopinavir/ritonavir 400/100 mg (200/50 mg) /12 h durante 14 días). No hay datos bibliográficos sobre el uso de Remdesivir y Tocilizumab en la gestante con COVID-19.



HISTORIAL CLINICO DE LA PACIENTE

Datos personales

- Nombre: F.L.M.
- Domicilio: Coloso
- Edad: 26 años
- Fecha de Nacimiento: 02-03-1994
- Lugar de nacimiento: Acapulco, Guerrero.
- Estado civil: Casada
- Hijos: (3 embarazos; 0 partos prematuros; 1 aborto; 1 hijo)

Datos de ingreso

- Causa de ingreso: Cefalea, mareos tipo vértigo, tos 3 días de evolución, disnea.
- Fecha de ingreso: Febrero 2021.
- Procedente del servicio: Toco-cirugía.
- Diagnóstico: Embarazo de 38 SDG + Anemia + Preeclamsia + PB. COVID-19.

Constantes vitales

- T.A: 160/110
- F.R: 31 x min.
- F.C: 124 x min.
- Temperatura: 36.4°



Respuesta neurológica

Para hacer la valoración neurológica, se utilizó la escala de Glasgow, midiendo el estado de conciencia y respuesta verbal de la paciente, obteniendo una puntuación de 12/15, por lo tanto la paciente se encuentra orientada en espacio, tiempo y persona.

TABLA DE LA ESCALA DE COMA GLASGOW		
 APERTURA DE OJOS	CLASIFICACIÓN	PUNTUACIÓN
Abre antes del estímulo	Espontánea	4
Tras decir o gritar la orden	Al sonido	3
Tras estímulo en la punta del dedo	A la presión	2
No abre los ojos, no hay factor que interfiera	Ninguna	1
Cerrados por un factor a nivel local	No valorable	-
 RESPUESTA VERBAL	CLASIFICACIÓN	PUNTUACIÓN
Da correctamente nombre, lugar y fecha	Orientado	5
No está orientado pero se comunica coherentemente	Confuso	4
Palabras sueltas inteligibles	Palabras	3
Sólo gemidos, quejidos	Sonidos	2
No se oye respuesta, no hay factor que interfiera	Ninguna	1
Existe factor que interfiere en la comunicación	No valorable	-
 MEJOR RESPUESTA MOTORA	CLASIFICACIÓN	PUNTUACIÓN
Obedece la orden con ambos lados	Obedece comandos	6
Lleva la mano por encima de la clavícula al estimularle el cuello	Localiza	5
Dobla brazo sobre codo rápidamente, pero las características no son anormales	Flexión normal	4
Dobla el brazo sobre el codo, características predominantemente anormales	Flexión anormal	3
Extiende el brazo	Extensión	2
No hay movimientos en brazos ni piernas. No hay factor que interfiera	Ninguna	1
Parálisis y otro factor limitable	No valorable	-



Valoración escala visual analógica de EVA

La Escala Visual Analógica nos permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con un alto grado de reproducibilidad para el observador.

Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en la cual nos encontramos en los extremos expresiones extremas de un síntoma. En la zona izquierda se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad.

En la valoración del dolor la paciente informa una intensidad de 8 de aproximadamente 24 horas de evolución.





PRESENTACION DEL CASO CLINICO

Paciente del sexo femenino se encuentra con vía aérea permeable, refiere que no fuma, tiene una frecuencia respiratoria de 23- 24 respiraciones por minuto, presenta disnea, no cianosis, con secreciones, durante la auscultación de la frecuencia cardiaca se encontró alterada 124x', presenta presión arterial 160/110 hipertensa de acuerdo con cifras tensionales, tos seca y dolor en amígdalas queda en observación, se monitorizan signos vitales de la madre y la frecuencia cardiaca fetal.

Se encuentra con mucosas secas, se observó buena coloración de piel y tegumentos, refiere náuseas, mareos, alimentación saludable, peso 81 Kg, talla 1.68, por el embarazo en estos momentos no realiza ejercicio, no refiere problemas para la eliminación urinaria, refiere dificultad para conciliar el sueño debido a la cefalea y ansiedad, no presenta problemas para recibir tratamiento debido a su religión que es católica.

La paciente acudió al ginecólogo a su revisión mensual, recibió una infusión de hierro un día después de esta consulta, la tos empezó el día siguiente a la infusión de hierro, 2 días antes de acudir a Toco-cirugía. La paciente se había tomado la temperatura varias veces teniendo alteración en ella.

En los antecedentes obstétricos destacan un parto vaginal espontáneo previo y anemia durante el embarazo actual, tratada con infusiones de hierro. Dio positivo en la prueba cutánea de tuberculosis 3 años antes (2018), un año después dio negativo en la prueba QuantiFERON-TB Gold.

En sus antecedentes sociales destaca una exposición a COVID-19.

Cinco días antes de acudir al servicio de Toco-cirugía la paciente acudió a una ceremonia religiosa. Cuatro días después se enteró de que uno de los asistentes era positivo para COVID-19.



Más adelante la paciente tuvo otras exposiciones con familiares de la persona que dio positivo, entre ellas una madre y un niño en edad preescolar. Estuvo a menos de dos metros del niño y aproximadamente a un metro de la madre.

El marido de la paciente, que también acudió al evento, empezó a tener tos el mismo día que su esposa y presentó fiebre de 38,1 °C. Su hija de 20 meses presentó tos, pero permaneció febril.

Se realizaron pruebas para la detección del COVID19, prueba que resultó positiva, estabilizan a la paciente y dan de alta a su domicilio solicitando aislamiento total de los demás miembros de la familia, el médico tratante se comunica semanalmente con ella por medio de llamadas telefónicas para conocer si existe alguna complicación en el estado de salud y establecen esperar a la culminación de su embarazo y esperar que entre en trabajo de parto para tener en observación al recién nacido.



TEORIA DE JEAN WATSON

La teoría de Margaret Jean Watson, de corte existencialista, humanista y con una profunda influencia de la teoría de la alteridad evinasiana, plantea una filosofía de cuidados y un lenguaje teórico propio.

Estas características permiten vincular la teoría con la práctica, puesto que revitalizan aspectos perdidos o invisibilizados de la enfermería, como los que plantea Sartre en su revisión de las fuentes filosóficas de la teoría de Watson: el alma (espíritu, o interior de sí), el dualismo (experiencias subjetivas-objetivas), la armonía, la casualidad y el tiempo, la evolución espiritual, y la auto trascendencia, aspectos que en esencia han estado siempre presentes en enfermería, pero que han sido opacados o subvalorados por el enfoque positivista y tecnológico.

Existe el referente de la validación de la escala valorativa del diagnóstico de enfermería, conocida como sufrimiento espiritual, la cual se basa en la premisa de que la paz interior es la necesidad más importante en los últimos momentos de la vida, así como en la valoración del sufrimiento espiritual y el diagnóstico de la necesidad de soporte espiritual en la vivencia del acto de rezar y sus efectos positivos en la salud de las personas. Jean Watson expone un planteamiento claro con el que la meta es conservar la dignidad humana y la humanidad durante el proceso del cuidado en escenarios de asistencia hospitalaria y el hogar; explica que: “la asistencia de la enfermería profesional se desarrolla a través del estudio combinado de la ciencia y las humanidades y culmina en un proceso de atención humana entre la enfermera y la persona enferma que va más allá del tiempo y el espacio y adquiere dimensiones de carácter espiritual”.



Reconoce que el cuidado es parte fundamental del ser, el cual es un ser en relación con el otro que lo invoca; este llamado desde el otro, absolutamente otro, es la base fundamental del cuidado profesional propio de la enfermería, estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano, para promover, mantener o recuperar la salud.

Esta base filosófica fundamenta el cuidado transpersonal, en el que se enlaza y se acepta el espíritu (la esencia) de los demás a través de los procesos de cuidado para sanar y estar de forma auténtica (consciente) en el momento de cuidado. Asimismo, Watson explica la relación enfermera-paciente como una relación de cuidado transpersonal.

Dicho término expresa una preocupación por el mundo de la vida interior y el significado subjetivo del otro ante la experiencia del ser, estar y existir en un ambiente completo de conexiones, en el cual la enfermera inicia como parte del ambiente y se transforma durante el proceso de cuidar en el ambiente mismo del paciente.

Dicho de otra manera, la base filosófica de Watson invita a desarrollar una preocupación por el entendimiento del comportamiento humano desde el propio marco de referencia del actor (paciente); se construye a través de un método fenomenológico que consiste en describir o entender las experiencias humanas, como el cuidado humano, la salud humana y las condiciones de enfermedad (pérdida, pena, ansiedad, esperanza, desesperanza, amor, soledad, ser espiritual), el sentido más alto de conciencia y experiencias relacionadas con humanos y conceptos de existencia.

“Una batalla que empieza en el cuerpo y que se lucha con la mente y el espíritu”



FACTORES CARITATIVOS Y PROCESO DE CARITAS

FACTORES DE CUIDADO	PROCESO CARITAS
La formación de un sistema humanístico-altruista de valores.	"Práctica de la amabilidad amorosa y de la ecuanimidad dentro del contexto de la conciencia del cuidado.
Inculcación de la fe-esperanza.	Estar auténticamente presente y permitir y mantener un sistema de creencias profundo, y apoyar el mundo subjetivo de uno mismo y de aquel de quien se debe cuidar.
El cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás.	El cultivo de las propias practicas espirituales y del yo transpersonal más allá del ego.
Desarrollo de una relación de ayuda-confianza se convierte en desarrollo de una relación de cuidado humano de ayuda-confianza.	Desarrollar y apoyar una auténtica relación de cuidado de apoyo-confianza.
El uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones se convierte en el uso sistemático de un proceso de cuidado de resolución de problemas creativo (en la página web de Watson, 2004).	Uso creativo de las propias y de todas las vías de conocimiento, como parte del proceso de cuidado; participar en el arte de las prácticas de curación-cuidado.
La promoción de la enseñanza-aprendizaje transpersonal.	Participar en una experiencia auténtica de enseñanza-aprendizaje que asista a la unidad del ser-significado, intentando mantenerse dentro del marco de referencia de los otros.
La provisión de un entorno de apoyo, protección y/o correctivo mental, físico, social y espiritual.	Crear un entorno de curación a todos los niveles (delicado entorno físico y no físico de energía y conciencia), allí donde lo saludable, la belleza, la comodidad, la dignidad y la paz se potencien.
La asistencia en la gratificación de necesidades humanas.	Ayudar con las necesidades básicas, con una conciencia de cuidado deliberada, administrando "cuidados humanos esenciales" que potencien la alineación de la mente-cuerpo-espíritu, salud y unidad del ser en todos los aspectos del cuidado.
La permisión de fuerzas existenciales-fenomenológicas se convierte en la permisión de fuerzas existenciales-fenomenológicas-espirituales.	Abrirse y atender a las dimensiones espiritual-misteriosa y existencial de la propia vida-muerte; cuidar el alma de uno mismo y de quien debe recibir el cuidado.



DATOS SIGNIFICATIVOS POR LOS FACTORES CARITATIVOS Y PROCESO DE CARITAS

1. Formación humanista-altruista en un sistema de valores
2. Incorporación de la fe-esperanza
3. Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y los demás
4. Desarrollo de una relación de ayuda confianza
5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos/negativos
6. Uso sistémico del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones
7. Promoción de la enseñanza aprendizaje interpersonal
8. Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual
9. Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas
10. Permisión de fuerzas existenciales fenomenológicas



METODOLOGIA

VALORACION: para realizar la valoración de enfermería y la recolección de datos significativos de la paciente, primeramente, se realizó una entrevista en la cual se abarcan los aspectos fisiológico, social, espiritual (sistema de creencias y valores) y psicológico (manejo de la ansiedad y el estrés), y en rubros específicos sobre nutrición, eliminación y comunicación.

DIAGNOSTICO: Después de la organización de los datos significativos, estos se analizaron con un enfoque fenomenológico, utilizando los factores caritativos de cuidado del modelo de Jean Watson, posteriormente se llevó a cabo mediante razonamiento diagnóstico la elaboración de los planes de cuidado con la interrelación NANDA internacional (diagnósticos de enfermería), NOC (Nursing Outcomes Classification) y NIC (Nursing Interventions Classification).

PLANEACION: Esta se llevó a cabo mediante la priorización de los diagnósticos de enfermería derivados de la etapa diagnóstica

EJECUCION: Se llevó a cabo mediante la implementación de las intervenciones, con enfoque fenomenológico, para lo cual llevaron a cabo anotaciones, con la finalidad de evaluar la efectividad de las intervenciones durante esta fase.

EVALUACION: La evaluación se realizó de acuerdo a los 10 factores de caritas de cuidado de la teórica Jean Watson.



LISTADO DE LOS DATOS SIGNIFICATIVOS

PROCESO CARITAS	DATOS SIGNIFICATIVOS	DIAGNÓSTICO
2. Incorporación de la fe-esperanza.	Manifiesta la necesidad de acercarse a Dios, sin embargo no cree que el pueda ayudarla por lo tanto se encuentra alejada de su religión.	Sufrimiento espiritual
5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos/negativos.	Refiere sentirse sola, no comprendida, abandonada por su familia.	Interrupción de los procesos familiares
6. Uso sistémico del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones.	Complicaciones del embarazo por el tratamiento de COVID- 19	Riesgo de alteración de la diada materno-fetal
9. Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas.	Muestra coraje por las limitaciones de la enfermedad.	Ansiedad
9. Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas.	Refiere dificultad para conciliar el sueño.	Insomnio



LISTADO DE LOS DATOS SIGNIFICATIVOS

PATRON ALTERADO	DATOS SIGNIFICATIVOS	DIAGNÓSTICO
VI Cognitivo/Perceptivo	Manifiesta Cefalea.	Dolor agudo.
I Percepción/Control de la salud	Hipertensa	Riesgo de presión arterial inestable.
V Reposo/Sueño	Refiere dificultad para conciliar el sueño.	Insomnio
VII Auto-percepción/ Auto-concepto	Muestra coraje por las limitaciones de la enfermedad.	Ansiedad
VIII Función/Relación	Refiere sentirse sola, no comprendida, abandonada por su familia.	Interrupción de los procesos familiares
XI Valores/Creencias	Manifiesta la necesidad de acercarse a Dios, sin embargo no cree que el pueda ayudarla por lo tanto se encuentra alejada de su religion.	Sufrimiento espiritual
VIII Función/Relación	Complicaciones del embarazo por el tratamiento de COVID- 19	Riesgo de alteración de la diada materno-fetal



PRIORIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS

Listado de todos los datos significativos	Análisis y agrupación de datos con sus respectivas deducciones	Identificación de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.	Asignación del nombre correspondiente y determinación de factores relacionados o de riesgo.
<p>Femenino de 26 años presenta cefalea, mareos tipo vértigo, hipertensa, ansiedad, nerviosismo e insomnio, manifiesta tristeza por el abandono personal en que se encuentra.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La paciente presenta cefalea • La paciente presenta cambios en su tensión arterial • La paciente presenta ansiedad • La paciente presenta insomnio • La paciente presenta abandono y tristeza. • La paciente no cree que un poder superior pueda ayudarla. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dx real • Dx real • Dx real • DX real • DX. real • DX. real 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor Agudo M/P agentes lesivos (biológicos). • Presión arterial inestable. • Ansiedad M/P cambio en el estado de salud. • Insomnio M/P ansiedad y malestar físico. • Interrupción de los procesos familiares M/P Abandono hospitalario. • Sufrimiento espiritual M/P Ansiedad, cambios vitales y soledad.



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN (RESUMEN)

Paciente femenino de 26 años de edad, ingresa a toco-cirugía el día 12 de Febrero del año en curso a las 5 a.m., al momento de su ingreso la paciente se encuentra despierta, consciente, orientada, con signos vitales; T/A 160/110, FC 124x', FR; 31x', T; 36.4°C, embarazada de 38 semanas y 3 días, llama al servicio de urgencias por presentar tos de 3 días de evolución, disnea que empeoraba al toser, cansancio pero no más de lo habitual durante el embarazo.

DIAGNOSTICOS (CLASIFICACION DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA)

DX REAL

DX RIESGO

DX DE SALUD

- ✓ Presión arterial inestable
- ✓ Interrupción de los procesos familiares
- ✓ Sufrimiento espiritual
- ✓ Dolor agudo
- ✓ Insomnio
- ✓ Ansiedad



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO:7 Rol/Relaciones

CLASE: 2 Relaciones Familiares

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA	RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>ETIQUETA (PROBLEMA): Interrupción de los procesos familiares</p> <p>DEFINICIÓN: Cambio en las relaciones o en el funcionamiento familiar.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS *Cambio de los roles familiares *Abandono *Cambio de poder de los miembros de la familia.</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Cambios en las tareas asignadas Cambios en la solución de problemas.</p>	<p>APOYO FAMILIAR DURANTE EL TRATAMIENTO</p> <p>DOMINIO:06 Salud familiar</p> <p>CLASE: X Bienestar Familiar</p> <p>DEFINICIÓN: Capacidad de la familia para estar presente y proporcionar apoyo emocional a una persona sometida a un tratamiento.</p>	<p>260901 Los miembros Expresan deseo de querer apoyar al miembro enfermo</p> <p>260910 colaboraran con el miembro enfermo en la determinación de los cuidados</p> <p>260913 Se ponen en contacto con otros miembros según los deseos del enfermo</p> <p>260915 Busca apoyo social para el miembro enfermo</p> <p>260916 Busca apoyo espiritual para el miembro enfermo</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado 	<p>MANTENER A:</p> <p>260901: 2 260910: 2 260913: 2 260915: 1 260916: 1</p> <p>AUMENTAR A:</p> <p>260901: 3 260910: 3 260913: 3 260915: 2 260916: 2</p>



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

INTERVENCIÓN NIC: Mantenimiento de los procesos familiares

CÓDIGO: 7130

DEFINICIÓN: Minimizar los efectos de las alteraciones de los procesos familiares

CAMPO: 05 Familia

CLASE: X Cuidados durante la vida

ACTIVIDADES:

- Determinar los procesos familiares típicos.
- Determinar los procesos de ruptura familiares típicos.
- Identificar los efectos derivados del cambio de papeles en los procesos familiares.
- Estimular las visitas de miembros de la familia, si resulta oportuno.
- Facilitar la flexibilidad de las visitas para cumplir con las necesidades de los miembros de la familia y el paciente.
- Ayudar a los miembros de la familia a poner en práctica estrategias de normalización de la situación.
- Informar sobre los mecanismos de apoyo sociales existentes para la familia.
- Ayudar a los miembros de la familia a utilizar los mecanismos de apoyo existentes.
- Minimizar la ruptura de la rutina familiar facilitando rutinas y rituales familiares, tales como comidas privadas o debates familiares para la comunicación y la toma de decisiones.



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 10 principios vitales

CLASE: 3 valores/ creencias/ congruencia de la acción

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA	RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>ETIQUETA (PROBLEMA): Sufrimiento espiritual</p> <p>DEFINICIÓN: Deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza o un poder superior al propio yo,</p> <p>FACTORES RELACIONADOS Ansiedad Cambios vitales Soledad</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Falta de interés en la lectura de literatura espiritual.</p>	<p>CALIDAD DE VIDA DOMINIO: 05 salud percibida CLASE: U salud y calidad de vida DEFINICIÓN: Alcance de la percepción positiva de las condiciones actuales de la vida.</p>	<p>200001 satisfacción con el estado de salud</p> <p>200004 satisfacción con el estado económico</p> <p>200005 satisfacción con el nivel educativo</p>	<p>6. No del todo satisfecho 7. Algo satisfecho 8. Moderadamente satisfecho 9. Muy satisfecho 10. Completamente satisfecho</p> <p>1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido</p>	<p>MANTENER A: 200001 200004 200005</p> <p>AUMENTAR A: 200001 200004 200005</p>
	<p>ESTADO DE COMODIDAD PSICOESPIRITUAL DOMINIO: 05 salud percibida CLASE: U salud y calidad de vida DEFINICION: Tranquilidad psicoespiritual relacionada con auto concepto, bienestar emocional, fuente de inspiración y significado y objetivo de la vida propia.</p>	<p>201101 bienestar psicológico</p> <p>201102 Fe</p> <p>201103 Esperanza</p> <p>201104 Auto concepto</p> <p>201110 Satisfacción espiritual</p> <p>201116 Perdida de la fe</p>		<p>MANTENER A: 201104 201103 201102 201101 201110</p> <p>AUMENTAR A: 201116 201104 201103 201102 201101 201110 201116</p>



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

INTERVENCIÓN NIC: Apoyo Espiritual

CÓDIGO: 5420

DEFINICIÓN: Ayuda al paciente a sentir equilibrio conexión con su poder sobrenatural

CAMPO: 03 conductual

CLASE: R Ayuda para el afrontamiento

ACTIVIDADES:

- **542001** Utiliza la comunicación terapéutica para establecer confianza y una asistencia empática
- **542002** Utiliza herramientas para controlar y evaluar el bienestar espiritual , según corresponda
- **542004** Tratar al individuo con dignidad y respeto
- **542012** Dar oportunidades para discutir sobre diferentes temas sistemas de creencias y visiones del mundo
- **542014** Rezar con el individuo
- **542029** Concertar visitas con un consejero espiritual.



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DOMINIO: 12 confort		CLASE: 1 confort físico		
<u>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</u>	RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA): Dolor agudo DEFINICIÓN: FACTORES RELACIONADOS CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:	DOMINIO: Nivel del dolor. (2102) CLASE: DEFINICIÓN: Reconocer la presencia e intensidad del dolor de nuestro paciente, aliviar y /disminuir el dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente y aumentar el confort y bienestar dentro y fuera del área hospitalaria	<ul style="list-style-type: none"> Dolor referido (210201) Duración de los episodios de dolor (210204) Expresiones faciales de dolor (210206) 	1.Grave 2.Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5.Ninguno	MANTENER A: 6 210201) 2 (210204) 2 (210206) 2 AUMENTAR A: 13 210201) 4 (210204) 4 (210206) 5



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

INTERVENCION (NIC): Manejo del dolor: agudo
CODIGO: 1410

DEFINICIÓN: Alivio o reducción del dolor a un nivel aceptable para el paciente en el periodo inmediatamente posterior al daño de los tejidos tras traumatismo cirugía o lesion.

CAMPO: 1 Fisiológico: Básico
CLASE: E Fomento de la comodidad física.

ACTIVIDADES:

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan.
- Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación (p.ej., tos y respiración profunda, deambulacion, transferencia a una silla).
- Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición valida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicacion.
- Preguntar al paciente sobre el nivel del dolor que permite su comodidad y tratarlo apropiadamente, intentando mantenerlo a un nivel igual o inferior.
- Asegurarse de que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen.
- Administrar analgésicos por la vía menos invasiva posible, evitando la vía intramuscular.
- Modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente al tratamiento.



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 4 actividad/reposo

CLASE: 1 sueño/ reposo

<u>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</u>	RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>ETIQUETA (PROBLEMA): Insomnio</p> <p>DEFINICIÓN:</p> <p>FACTORES RELACIONADOS</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</p>	<p>DOMINIO: Sueño (0004)</p> <p>CLASE:</p> <p>DEFINICIÓN: El paciente conseguirá la cantidad y calidad del sueño adecuado a su patrón habitual</p>	<ul style="list-style-type: none"> Dificultad para conciliar el sueño (000421) Sueño interrumpido (000406) 	<p>1.- grave</p> <p>2.- sustancial</p> <p>3.- moderado</p> <p>4.- leve</p> <p>5.- ninguno</p>	<p>MANTENER A: 4 (000421) 2 (000406) 2</p> <p>AUMENTAR A: 8 (000421) 4 (000406) 4</p>



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

INTERVENCIÓN NIC: MEJORAR EL SUEÑO (1850)

DEFINICIÓN: El paciente conseguirá la cantidad y calidad del sueño adecuado a su patrón habitual.

DOMINIO: 1

CLASE: F

ACTIVIDADES:

- Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (dolor) y las psicológicas (ansiedad).
- Comentar con el paciente y la familia prácticas para favorecer el sueño



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 9 afrontamiento/ tolerancia al estrés

CLASE: 2 respuesta al afrontamiento

<u>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</u>	RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>ETIQUETA (PROBLEMA): Ansiedad</p> <p>DEFINICIÓN:</p> <p>FACTORES RELACIONADOS</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</p>	<p>DOMINIO: Autocontrol de la ansiedad (1402)</p> <p>CLASE:</p> <p>DEFINICIÓN: Que el paciente controle los síntomas relacionados con la ansiedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Busca información para reducir la ansiedad (140204) • Planea estrategias para superar situaciones estresantes (140205) • Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad (140207) 	<p>1.- Nunca demostrado</p> <p>2.- Raramente demostrado</p> <p>3.- A veces demostrado</p> <p>4.- Frecuentemente demostrado</p> <p>5.- Siempre demostrado</p>	<p>MANTENER A: 6 (140204) 2 (140206) 2 (140214) 2</p> <p>AUMENTAR A:15 (140204) 5 (140206) 5 (140214) 5</p>



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

INTERVENCIÓN NIC: Técnica de relajación
CÓDIGO: 5880

DEFINICIÓN: Disminución de la ansiedad del paciente que experimenta angustia aguda.
CAMPO: Conductual
CLASE: T Fomento de la comodidad psicológica.

ACTIVIDADES:

- Sentarse y hablar con el paciente.
- Facilitar la expresión de ira por parte del paciente de una manera constructiva.
- Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.
- Identificar a seres queridos cuya presencia pueda ayudar al paciente.
- Permanecer con el paciente.
- Utilizar la distracción.
- Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad.



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

INTERVENCIÓN NIC: DISMINUCION DE LA ANSIEDAD

CÓDIGO:(5820)

DEFINICIÓN: Que el paciente controle los síntomas relacionados con la ansiedad

CAMPO: 3

CLASE: T

ACTIVIDADES:

- Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO 4: PERFUSIÓN TISULAR

**CLASE 4: RESPUESTA
 CARDIOVASCULARES/PULMONARES**

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA	RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>ETIQUETA (PROBLEMA): PRESIÓN ARTERIAL INESTABLE (00267)</p> <p>DEFINICIÓN: Susceptibilidad a las fuerzas oscilantes de flujo sanguíneo a través de las arterias que pueden comprometer la salud.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS: •Inestabilidad hemodinámica.</p>	<p>DOMINIO: II Salud fisiológica</p> <p>CLASE: E Cardiopulmonar</p> <p>(0405) PERFUSIÓN TISULAR: CARDIACA</p> <p>DEFINICIÓN: Adecuación del flujo sanguíneo a través de los vasos coronarios para mantener la función cardiaca.</p>	<p>40503 Índice cardiaco</p> <p>40519 Presión arterial media</p> <p>40521 Taquicardia</p>	<p>Desviación grave del rango normal 1</p> <p>Desviación sustancial del rango normal 2</p> <p>Desviación moderada del rango normal 3</p> <p>Desviación leve del rango normal 4</p> <p>Sin desviación del rango normal 5</p>	<p>MANTENER A: 40503: 1 40519: 1 40512: 1</p> <p>AUMENTAR A: 40503: 2 40519: 2 40512: 2</p>



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

INTERVENCIÓN NIC: REGULACIÓN HEMODINÁMICA

CÓDIGO: 4150

DEFINICIÓN: Optimización de la frecuencia, la precarga, la pos-carga y la contractibilidad cardiacas

CAMPO: 1. Fisiológico complejo

Cuidados que apoyan la regulación homeostática

CLASE: N control de la perfusión tisular

ACTIVIDADES:

- Realizar una evaluación exhaustiva del estado hemodinámico (comprobar la presión arterial, frecuencia cardiaca, pulsos, presión venosa yugular, presión venosa central, presiones auriculares y ventriculares izquierdas y derechas, así como presión de la arteria pulmonar), según corresponda.
- Utilizar múltiples parámetros para determinar el estado clínico del paciente (la presión del pulso proporcional se considera el parámetro definitivo).
- Monitorizar y documentar la presión del pulso proporcional (presión sistólica, menos presión diastólica, dividida entre la presión sistólica, expresando el resultado como proporción o porcentaje).
- Reconocer la presencia de signos y síntomas precoces de alerta indicativos de un compromiso del sistema hemodinámico (p. ej., disnea, disminución de la capacidad de realizar ejercicio ortopnea, fatiga intensa, marco, aturdimiento, edema, palpitaciones, disnea paroxística nocturna, ganancia repentina de paso).
- Determinar el estado del volumen (si el paciente presenta hipervolemia hipovolemia o normovolemia).



EJECUCIÓN

Dieciséis días después La paciente estaba de 40 semanas y 5 días de gestación, y en fase de dilatación. Ella y su marido fueron recibidos por el equipo hospitalario a la entrada del nosocomio y les pusieron mascarillas. Acompañaron a la paciente a una sala con presión negativa, y pocos miembros del personal médico, vestidos con equipos de protección personal completos, iniciaron la asistencia. Para disminuir la exposición directa cara a cara con la paciente también se utilizó la videoconferencia.

El parto de un bebé sano transcurrió sin incidentes y finalizó a los 40 minutos de la llegada al hospital. Se colocó al recién nacido en una sala con presión negativa y permaneció separado de la madre durante todo el ingreso hospitalario. No obstante, se permitió al padre interactuar con el bebé llevando mascarilla. La alimentación del bebé se complementó con leche de soya maternizada (mediante una jeringa) durante el ingreso.

Se tomó la decisión de no realizar pruebas al bebé porque los resultados no habrían cambiado la asistencia clínica. La paciente permaneció en el hospital hasta el segundo día posparto. En ese momento recibieron los resultados de la segunda prueba de la [COVID-19](#), que eran positivos. Los especialistas en enfermedades infecciosas recomendaron no realizar más pruebas a la madre porque habían pasado 6 días desde que se solicitó la segunda prueba, y unas 3 semanas desde el inicio de los síntomas. Por esta razón recomendaron a ambos progenitores que mantuvieran un contacto normal con el bebé después del alta. No obstante, les aconsejaron usar mascarilla.



EVALUACIÓN (PLAN DE ALTA POST-PARTO)

Durante los primeros 14 días de vida trataron al bebé como si fuera positivo. El tercer día posparto la paciente tuvo una consulta telefónica con el pediatra sobre el estado del bebé. El bebé permanecía bien y tomaba lactancia materna. El día 7 posparto la paciente realizó una consulta telefónica. Se encontraba bien, con una puntuación de depresión de 7 en la escala de Edimburgo. Estaba estableciendo vínculos con su bebé y se encontraba cómoda con la lactancia materna, a pesar de la separación en el hospital. Concertaron una consulta telefónica a las 6 semanas posparto.

El día 14 posparto la madre decidió cambiar la consulta presencial por otra consulta telefónica, para disminuir todavía más la exposición del bebé al COVID-19. En dicha consulta la madre explicó que el bebé se alimentaba exclusivamente mediante lactancia materna cada 2 horas durante el día, y cada 3 horas por la noche. El pediatra consideró que la diuresis y la frecuencia de deposición eran adecuadas.



CONCLUSIÓN

Este caso clínico es un ejemplo de un embarazo y parto vaginal con desenlace satisfactorio de una mujer con COVID-19. A pesar de estar separada de su bebé durante el ingreso hospitalario, la paciente estableció vínculos adecuados con este.

Ella atribuye el éxito a las enfermeras del hospital, que alimentaron al bebé de manera que no alterara la lactancia materna, a su experiencia previa con el parto, y a la predisposición de su marido para interactuar con el bebé durante su estancia en el hospital.

Asimismo, este caso clínico es relevante por el hecho de que el virus estaba presente solo en un exudado bucofaríngeo de la hija de 20 meses. Aunque muchos miembros estaban infectados por el COVID-19, la familia tuvo un desenlace feliz, y el recién nacido ha permanecido asintomático a pesar del momento en el que ocurrió la infección materna.



BIBLIOGRAFIA

<https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-embarazo-paciente-covid-19-315>

https://salud.edomex.gob.mx/cevece/mortalidad_materna

<https://www.insp.mx/avisos/4131-mortalidad-materna.html>

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/609380/AvisoEpidemiologicoEmbarazo-COVID28enero12hrs.pdf>

https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2021/04/BOLETIN_MUERTE-MATERNA_15_2021.pdf

<https://emedicine.medscape.com/article/2500114-overview>

http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/

<https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres1/>

Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Edición hispanoamericana (NANDA International).

Clasificación De Resultados De Enfermería (NOC).

Clasificación De Intervención De Enfermería (NIC).

Expediente Clínico HGR N1 Vicente Guerrero IMSS.