



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN

Unidad de posgrado e investigación

**Especialidad En Enfermería Clínica Avanzada Con Énfasis En
Cuidado Critico.**

TESINA

1

Título:

**“Respuesta del paciente con COVID – 19, el entorno cómo repercute
en el proceso de su enfermedad.”**

P R E S E N T A:

Licenciada en Enfermería

Claudia Lucero Ríos Márquez

**Para obtener el nivel de Especialista en Enfermería Clínica Avanzada con
Énfasis en Cuidado Critico**

DIRECTOR DE TESINA

MCE. Luis Antonio Martínez Gurrión



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN

Unidad de posgrado e investigación

Especialidad En Enfermería Clínica Avanzada Con Énfasis En Cuidado Crítico.

TITULO

“Respuesta del paciente con COVID – 19, el entorno cómo repercute
en el proceso de su enfermedad.”

2

TESINA

Para obtener el nivel de Especialista en Enfermería Clínica Avanzada con
Énfasis en Cuidado Crítico

P R E S E N T A:

Licenciada en Enfermería

Claudia Lucero Ríos Márquez

Director

MCE. Luis Antonio Martínez Gurrión

San Luis Potosí. S.L.P

Febrero 2023



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN

Unidad de posgrado e investigación

Especialidad En Enfermería Clínica Avanzada Con Énfasis En Cuidado Crítico.

TITULO

“Respuesta del paciente con COVID – 19, el entorno cómo repercute en el proceso de su enfermedad.”

3

TESINA

Para obtener el nivel de Especialista en Enfermería Clínica Avanzada con Énfasis en Cuidado Crítico

P R E S E N T A:

Licenciada en Enfermería

Claudia Lucero Ríos Márquez

Sinodales:

MAAE. Felipa Loredó Torres

Presidenta

Firma

EECC. Hermez Montenegro Ríos

Secretario

Firma

MCE. Luis Antonio Martínez Gurrión

Vocal

Firma



Respuesta del paciente con COVID – 19, el entorno cómo repercute en el proceso de su enfermedad by Claudia Lucero Ríos Márquez is licensed under a [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional License](#).



AGRADECIMIENTOS

Fernando Ríos Martínez, Papá sé que estarías muy orgulloso de mi y de lo que poco a poco voy logrando gracias a ti, a tu ejemplo, valores y lucha que siempre me forjaste, hasta el cielo gracias por ser mi mayor motivación en vida y ahora que ya no estás conmigo siempre tratare de honrar tu memoria. Porque a pesar de todo eso siempre quisiste que me siguiera preparando para un mejor futuro. Apoyaste siempre mis sueños, sabias de ellos y sé que me quedan muchos por cumplir tú me enseñaste que siempre se puede ir por más.

En vida siempre fui tu orgullo, tu mi mejor ejemplo e impulso. Es por eso que esta tesina está dedicada a ti. Gracias por ser el mejor papá.

Mamita bonita Celia Márquez Ventura tu que aguantaste todo el mundo de tristeza que se nos vino a nosotras solas y que hemos salido adelante pese a todo, te agradezco por ser mi motor durante toda la vida y aún más en este año después de la partida de papá. Sin ti nunca hubiera llegado a donde estoy, me enorgullece decir que tuve los mejores padres.

Infinitas gracias a mi director de tesina el maestro Luis Antonio Martínez Gurrión, por su tiempo y dedicación en la elaboración de esta, teniendo como inspiración la calidad de ser humano que es y la sencillez que lo representa. Gracias profesor Gurrión.

Familiares y amigos que estuvieron a lo largo de este proceso durante trabajo y escuela fue mi entorno en este año gracias por su apoyo incondicional.

Agradecimiento especial a CONACYT, a quien gracias al apoyo económico pude estudiar y prepararme para concluir satisfactoriamente este proceso.

Al profesor Hermez Montenegro por formar parte de mi preparación durante este año, basado en su experiencia y sabiduría.



RESUMEN

Actualmente estamos viviendo uno de los problemas mundiales de salud más graves que se han dado en los últimos 10 años lo llamamos una pandemia con la enfermedad conocida como COVID-19 enfermedad respiratoria que revoluciona y sigue revolucionando el mundo, con más de dos años de durabilidad y sin poder aun encontrar una cura o un tratamiento que lo combata en su totalidad.¹

Una enfermedad considerada con daño multiorgánico que no solo afecta a nivel fisiológico si no a nivel psicosocial y psicoemocional según la OMS actualmente a nivel mundial se dieron 492 millones de casos y de ellos 6.15 millones fueron defunciones.²

Ante el momento de esta pandemia el paciente con covid-19 se analizó ver su agravamiento o repercusión por aspectos psicosociales y psicoemocionales, el cuidado humanizado es una necesidad que urge en la práctica profesional y se evidencia en las políticas, disposiciones y normativas establecidas por las entidades de salud que velan por el derecho de los pacientes y garantizan la calidad del servicio que se brinda.

El ser humano cuando sufre deterioro de su salud requiere de cuidados profesionales para lograr la adaptación y seguimiento del proceso viviendo momentos de incertidumbre por la enfermedad y los procesos de atención hospitalaria, las necesidades de los profesionales de la salud deben comprender que el paciente necesita participar de sus cuidados conjuntamente con la familia para una mejor y mayor resolución.⁴

Y es por eso que durante esta pandemia el cuidado humanizado no fue brindado debido a 3 factores: desconocimiento ante una nueva enfermedad, la forma de transmisión real y el indicador enfermera- paciente fue superado.



Se presenta un caso clínico de un paciente con COVID-19 desarrollando un plan de cuidados individualizado implementando la taxonomía NNN, guiado por la valoración a través de Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon con la identificación de los principales diagnósticos de Enfermería.

PALABRAS CLAVE

Covid-19, Aislamiento, Cuidado Humanizado, Enfermería, Adulto, Soledad.



ÍNDICE

CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN	11
II. JUSTIFICACIÓN	13
III. OBJETIVO GENERAL	15
3.1 Objetivos Específicos	15
IV. MARCO TEORICO	16
V. COVID -19	17
5.1 FISIOPATOLOGIA	17
5.2 Signos y síntomas	18
5.3 Tratamiento Farmacológico	18
5.4 Tratamiento no Farmacológico	19
5.5 Complicaciones	19
5.6 Medidas de Prevención	20
5.7 Transmisión	20
VII. Como afecta el COVID-19 a nivel cerebral	22
7.1 Hipoxemia (Bajo nivel de oxígeno en la sangre)	23
7.2 Catabolismo en paciente COVID-19	23
VIII. Aislamiento Hospitalario	25
8.1 Afectación del aislamiento en las personas	26
IX. Cuidado Humanizado	28
9.1 Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson	28
9.2 Factores originales de cuidados (1979)	29
X. ENTORNO	31
XI. 6 Esferas del Desarrollo Humano	32
11.1 Como influye la esfera del desarrollo humano	33
11.2 Como afecta el estado emocional en la saturación	33
11.3 Como afrontaba el estrés en su domicilio	34
XII. Papel de la enfermera en el cuidado humanizado	35
XIII. Humanización de los cuidados intensivos	37
XIV. Delirio	41



14.1 Tipos de delirio.....	42
14.2 Causas del delirio	42
XV. Delirio en el paciente critico	43
15.1 Fármacos y Tóxicos que pueden causar delirium.....	43
15.2 Factores relacionados con la Hospitalización	45
XVI. ADULTO	46
16.1 Etapas del desarrollo humano en el adulto	46
16.2 Adultez Temprana	46
16.3 Adultez media.....	47
XVII. Envejecimiento.....	49
XVIII. Senectud.....	50
XIX. Síndrome del Nido Vacío	51
XX. Cambios en el adulto mayor	52
20.1.1 Cambios Biológicos	52
20.2 Cambios sistema Musculoesquelético	53
20.3 Cambios sistema Cardiovascular.....	53
20.4 Cambios sistema respiratorio	54
20.5 Cambios sistema nervioso	54
20.6 Cambios a nivel emocional	55
XXI. Red de apoyo	56
21.1 Programa para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores.....	57
XXII. NANDA.....	58
XXIII. NIC.....	59
XXV. NOC.....	60
XXVI. METODOLOGIA	61
CONCLUSIONES.....	63
REFERENCIAS	66
CASO CLÍNICO.....	73
Valoración por patrones funcionales.....	77
Etiquetas diagnosticas por priorización	79
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	81



PROPUESTA DE VALORACIÓN	97
APENDICES A	99
APENDICES B	101



I. INTRODUCCIÓN

El actuar de enfermería se basa en los distintos lineamientos de atención a la salud que están directamente relacionados con las necesidades de cada paciente, con el objetivo de cumplir con el concepto de salud de la OMS; “La salud es el completo bienestar físico, psicológico y social”.³

La Organización Panamericana de la Salud aportó que la salud también tiene que ver con el medio ambiente que rodea a la persona. Componiéndose así de 4 aspectos importantes de salud, estado de adaptación al medio (biológico y sociocultural), estado fisiológico de equilibrio, equilibrio entre la forma y la función del organismo (alimentación), perspectiva biológica y social (relaciones familiares, hábitos).⁴

La atención de enfermería se enfrentó a diversos factores como era el desconocimiento ante una nueva enfermedad, la forma de transmisión real, llevar a cabo un aislamiento social y hospitalario donde el enfoque solo se llevó a tratar la enfermedad respiratoria, lo que trajo consigo un agravamiento del paciente ante aspectos psicosociales y psicoemocionales que fueron dejando de lado.

Con el surgimiento de esta enfermedad se implementó un tipo de aislamiento nuevo donde abarcaba los diferentes tipos como son (por gotas, respiratorio y de contacto). El personal de enfermería debe llevar como propósito o finalidad también intervenir oportunamente en el paciente con COVID-19 el no solo tratar la enfermedad del paciente si no también identificar lo que conlleva su entorno que implica el agravamiento del mismo, buscando su bienestar físico, psicológico y social. Lo cual no se llevó a cabo por el personal de salud debido también a la sobrecarga de trabajo, estrés y desgaste emocional al entrar en contacto constantemente con el dolor, sufrimiento y muerte que se llevó con más frecuencia durante esta pandemia.



Al ser una enfermedad que conlleva a un aislamiento total, se ha conocido empíricamente que los pacientes son más afectados por lo psicológico y social que por el estado físico.



II. JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial se vivió uno de los problemas de salud pública que se consideró uno de los más grandes con repercusión económica, social y de salud, aun en la actualidad sigue generando impactos, pero también un crecimiento científico para la mejora de un sistema público y privado en salud que brinde un cuidado humanizado para pacientes con COVID-19.

El COVID-19 es una enfermedad determinante a estudiar ya que aún no se encuentra una cura como tal o un tratamiento que lo desaparezca en su totalidad. Encontrando grave afectación a nivel psicosocial y psicoemocional. Además de sus múltiples secuelas a corto, mediano y largo plazo. Provocando un daño multiorgánico, incluso dejando en incapacidad al paciente de manera permanente.

Apareció en China en diciembre del año 2019 y provoca una enfermedad llamada COVID-19, que se extendió por el mundo y fue declarada pandemia global por la Organización Mundial de la Salud.¹

13

Actualmente a nivel mundial se dieron 492 000 000 000 millones de casos y de ellos 6.15 millones fueron defunciones. México ocupa el 5° lugar a nivel mundial en defunciones con 323.016 fallecidos. En San Luis Potosí 185,380 Casos y en el cual 7,464 defunciones.²

Según un análisis realizado por Diariofarma a partir de estos datos, han fallecido 1,20 mujeres por cada 100.000 mujeres y 2,25 hombres por cada 100.000 hombres. Es decir, que el coronavirus presenta un riesgo de fallecimiento 87,8% superior en hombres que en mujeres. Esto se eleva hasta un 125% más en mayores de 60 años.⁵

La diferencia entre la carga de enfermedad en hombres y mujeres se evidencia en números totales, el 64% de los fallecidos son varones y el riesgo de ingreso en UCI es un 131% superior para los hombres que para las mujeres. El riesgo de hospitalización es de un 49% superior en varones que en mujeres; el de ingreso en UCI, un 131% y el de fallecimiento, un 80% más.⁵



Durante la pandemia de COVID-19 no se tomaba en cuenta el previo asilamiento de los pacientes meses atrás, la inactividad ante el estado laboral de algunos, el miedo al agravamiento de llegarse a contagiar debido a una enfermedad cronicodegenerativa agregada, o bien el tener conocimiento de la gravedad de los pacientes ya contagiados, agregándose de enterarse de alguien cercano que llego a contagiarse y posteriormente llegar a fallecer todos estos fueron factores determinantes para sin llegar a contagiarse aún, generaba una afectación psicológica y psicoemocional previa.

El Cuidado Humanizado es una necesidad que urge en la práctica profesional y esto se evidencia en las normativas institucionales que restringen el acceso a familiares en áreas críticas y no se involucra al familiar al cuidado, así mismo en cuanto a estructura los decibeles que generan los aparatos electromédicos no permiten el descanso y el espacio físico es un espacio sin comunicación y vista al exterior, es decir, luz artificial, ventanas clausuradas y espacios confinados. En la actualidad se está generando programas donde se cuida o se considere la parte humana desde la infraestructura, la normativa de visita, derechos del paciente y derechos del personal de salud que garantizan la calidad del servicio que se brinda.

14

Actualmente la humanización en los hospitales es una necesidad que demanda los usuarios como parte de un derecho es aquí que las políticas de salud están enfocadas a establecer normativas legales que asegure el buen trato al usuario.

Ante todo, el agravante del problema de salud que implico COVID-19 el cuidado de enfermería fue fundamental ya que somos el personal de salud que más estuvo con ellos y pese al acercamiento se contaba con muchas restricciones como era el área restringida y la entrada con trajes especiales (Tyvex) teniendo como cuidado el no contagiarse como personal y no llegar a la propagación de este.

El cuidado de enfermería durante la pandemia se sufrió de distintas restricciones y limitaciones para poder evitar el agravamiento o fallecimiento de estos pacientes



III. OBJETIVO GENERAL

- Analizar la Respuesta de pacientes COVID-19 en su entorno, repercutiendo así en el proceso de su enfermedad en su etapa de hospitalización a través de la valoración de la esfera humano social y derivar a un plan de cuidados con integración de NNN.

3.1 Objetivos Específicos

- Analizar los cambios sociales y psicológicos secundarios al padecer COVID-19.
- Conocer cómo afectan emocionalmente a la persona con diagnóstico de COVID-19.
- Identificar el estado de afrontamiento o emocional del paciente con diagnóstico de COVID -19 y cómo repercute en la evolución de la enfermedad.
- Elaborar un plan de cuidados estandarizados.



IV. MARCO TEORICO

La OMS y OPS posterior al concepto de salud estableció ciertos componentes que lo integran.

- Estado de adaptación al medio (biológico y sociocultural).
- Estado fisiológico de equilibrio.
- Equilibrio entre la forma y la función del organismo (alimentación).
- Perspectiva biológica y social (relaciones familiares, hábitos...)

La relación entre estos componentes determina el estado de salud, y el incumplimiento de uno de ellos genera el estado de enfermedad, vinculado con una relación trídica entre un huésped (sujeto), agente (síndrome) y ambiente (factores que intervienen).⁴

Los Campos de la salud:

16

1- Biología Humana

Hechos relacionados con la salud, tanto física como mental, son manifestados en el organismo debido a la consecuencia de la biología fundamental del ser humano y de la constitución orgánica del individuo.

2- Medio Ambiente

Son factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control que son determinantes para el agravamiento del paciente.

3- Estilo de Vida

Conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control.

4- Organización de la atención en salud

Conformada por la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de salud. Incluye la práctica de la medicina y la enfermería.⁴



Los cuatro componentes que propone M. Lalonde son parte de los factores que dan origen a los problemas de salud, y que ayudan a contribuir a partir de la combinación para que se lleguen a producir.

*"Si el entorno no es adecuado, tampoco lo serán la biología humana, el estilo de vida y la organización de la atención sanitaria; no será posible mejorar los otros elementos sin cambiar el entorno, puesto que todos ellos están inseparablemente unidos a él"*³⁴

V. COVID -19

Coronavirus refiriéndose a toda una familia de virus, los coronavirus, que se llaman así por sus membranas en forma de corona. Estos habitan en murciélagos y pájaros, pero solo siete de ellos, llegan a causar enfermedades en humanos. Denominados HCOVs (Human coronavirus). Cuatro de ellos (HCoV-229E, HCoV-NL63, HCoV-HKU1, y HCoV-OC43) causan un resfriado común, que suelen agravarse. ⁶

17

El nombre viene de "coronavirus 2" (CoV-2) y de las siglas en inglés de Síndrome Respiratorio Agudo y Grave (SARS). Covid-19. Este es el nombre oficial que la OMS le dio en febrero del 2019 a la enfermedad infecciosa causada por el nuevo coronavirus, o bien por el SARS-CoV-2.¹

5.1 FISIOPATOLOGIA

El SARS-CoV-2 se adhiere al receptor de la enzima convertidora de angiotensina-2 (ACE2) en las células huésped, seguido de la internalización y replicación del virus. Los receptores de la ECA2 se expresan en las células del tracto respiratorio superior e inferior, que a su vez se detonan en las células del miocardio, células epiteliales renales, enterocitos y células endoteliales de múltiples órganos, lo que explica el daño multiorgánico asociado a la enfermedad. Se ha identificado ARN viral en muchos órganos en estudios postmortem.²



El virus utiliza la proteasa transmembrana serina 2 del huésped (TMPRSS2) para el cebado de la proteína viral y la fusión de las membranas de las células virales y del huésped. La proteína de pico del SARS-CoV-2 ayuda al reconocimiento del receptor ACE2 y al proceso de fusión de la membrana celular. Una característica estructural única del dominio de unión al receptor de la glicoproteína de pico confiere una afinidad de unión potencialmente mayor para la ACE2 en las células huésped en comparación con el SARS-CoV-1.⁸

La energía de unión entre la proteína de pico y la ACE2 fue la más alta para los seres humanos de todas las especies probadas en un estudio, lo que sugiere que la proteína de pico ha evolucionado de forma única para unirse a las células humanas que expresan ACE2 e infectarlas. Las nuevas evidencias sugieren que la proteína de pico, por sí sola, puede dañar las células endoteliales al regular a la baja la ECA2 y, en consecuencia, inhibir la función mitocondrial. Las variantes del SARS-CoV-2 pueden ser más transmisibles, debido a una mayor afinidad de unión de la proteína de pico al receptor ACE2.²

18

El periodo de incubación medio es de 6,1 días. A los 11,7 días, el 95 por ciento de los casos sintomáticos han desarrollado ya sus síntomas. Se ha establecido que la transmisión de la infección comienza 1-2 días antes del inicio de síntomas.

5.2 Signos y síntomas

Tos, dolor de cabeza (Cefalea), fiebre, Dolor muscular o de articulaciones (mialgia o artralgia), dolor de garganta (odinofagia), escalofríos, escurrimiento nasal, pérdida de olfato (anosmia), o pérdida del gusto (ageusia). Y en casos graves: Dificultad para respirar (disnea), dolor en el pecho (dolor precordial).^{1,26}

5.3 Tratamiento Farmacológico

- Oxigenoterapia
- Corticoesteroide (Metilprednisolona)



- Corticoides (Dexametasona)
- Esteroide (Hidrocortisona)
- Anticoagulantes (Enoxaparina)
- Analgésico y Antipirético (Paracetamol)
- Antivirales (Oseltamivir)
- Antibióticos de amplio espectro (Azitromicina)
- Reforzador del sistema Inmune (Redoxon, Vitamina C)
- Opioide Sintético (Loperamida)
- Alcaloide liposoluble (Colchicina) ²¹

5.4 Tratamiento no Farmacológico

19

- Aislamiento hospitalario y domiciliario
- Ingesta de líquidos
- Posición Prono
- Ejercicios respiratorios
- Chaleco Percutor o Palmopercusión
- El lavado de manos y la desinfección frecuente de superficies
- Uso de Cubrebocas ²¹

5.5 Complicaciones

- Cardiopatías
- Coagulopatias
- Neumonía
- Lesión renal aguda
- Lesión hepática aguda
- Fibrosis pulmonar



- Delirium
- Oxigenodependencia
- Anosmia ²⁷

5.6 Medidas de Prevención

Uso de cubrebocas, lavado de manos, sana distancia, estornudo de etiqueta, espacios ventilados, vacunación. ^{1,26}

5.7 Transmisión

El coronavirus se transmite de persona a persona cuando alguien con el virus tose o estornuda. En el cual las personas que mantienen un contacto cercano con alguien infectado presentan un alto riesgo de contagio. Las gotas pueden caer en boca o nariz. Y por lo tanto también podrían caer en la cara y, por consiguiente, la próxima vez que se la toque podría infectarse. Se han probado las siguientes superficies y no había ningún virus viable después del tiempo indicado:²⁰

- Papel de impresión y papel tisú: 3 horas
- Cobre: 4 horas
- Cartón: 24 horas
- Tela: 2 días
- Madera: 2 días
- Vidrio: 4 días
- Plástico: 3 a 7 días
- Acero inoxidable: 2 a 7 días
- Mascarillas quirúrgicas: una pequeña cantidad de virus viable todavía estaba presente en el exterior de la máscara después de 7 días.

Se recomienda una distancia de 2 metros entre personas, evitar reuniones en espacios cerrados o aglomeraciones, evitar contacto físico como besar, abrazar o saludar de mano, evitar acudir a hospitales.²⁰



VI. Clasificación del sistema nervioso central

6.1 Sistema Nervioso Simpático

Parte del sistema nervioso que aumenta la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la frecuencia respiratoria y el tamaño de las pupilas. También hace que los vasos sanguíneos se estrechen y reduce los jugos digestivos. Nos ayuda a la respuesta o reacción ante una situación estresante o de peligro, se encarga de activar las fibras simpáticas inervan todos los vasos sanguíneos, las glándulas sudoríparas, los músculos erectores del pelo y las vísceras.⁴⁷

6.2 Sistema Nervioso Parasimpático

Parte del sistema nervioso que desacelera el corazón, dilata los vasos sanguíneos, reduce el tamaño de la pupila, aumenta los jugos digestivos y relaja los músculos del aparato digestivo y urinario. Controla la homeostasis de órganos particulares. En la presión arterial es opuesto, el sistema simpático la aumenta y el parasimpático la disminuye. aumentar la actividad glandular e intestinal. El resultado final es el almacenamiento de energía y la regulación de las funciones del cuerpo.⁴⁷



VII. Como afecta el COVID-19 a nivel cerebral

Estudios posteriores de neuroimagen demostraron que en pacientes de covid-19 estos síntomas podrían deberse a lesiones en el bulbo olfativo y regiones adyacentes del sistema nervioso. En casos más severos, las complicaciones aumentan con la gravedad de la infección, persistiendo incluso una vez superada la enfermedad. Más de un tercio de las personas hospitalizadas por covid-19 presentaron alteraciones más graves como confusión, olvido, problemas para concentrarse o depresión.¹⁷

Estos signos y síntomas son más prevalentes en pacientes hospitalizados y pueden persistir como 'covid largo', que consiste en dificultad para concentrarse y fatiga. Los pacientes con COVID-19 pueden sufrir síntomas neurológicos y psiquiátricos que van desde pérdida del olfato y dolor de cabeza hasta encefalitis y accidente cerebrovascular.

La señalización sináptica de las neuronas excitatorias de la capa superior, que se expanden evolutivamente en humanos y están vinculadas a la función cognitiva, se ve afectada preferentemente en COVID-19. En todos los tipos de células, las perturbaciones asociadas con COVID-19 se superponen con las que se encuentran en los trastornos cerebrales crónicos y residen en variantes genéticas asociadas con la cognición, la esquizofrenia y la depresión.¹⁷



7.1 Hipoxemia (Bajo nivel de oxígeno en la sangre)

Bajo nivel de oxígeno en la sangre a nivel de arterias, relacionado específicamente con la respiración y la circulación, provocando diferentes síntomas como dificultad para respirar.⁴⁴

Las causas principales son:

- Síndrome de dificultad respiratoria aguda (síndrome de dificultad respiratoria aguda)
- Medicamentos, como determinados narcóticos y anestésicos, que debilitan la respiración.⁴⁴

7.2 Catabolismo en paciente COVID-19

Transformación de moléculas orgánicas o biomoléculas complejas en moléculas sencillas y en el almacenamiento de la energía química desprendida en forma de enlaces de fosfato y de moléculas de ATP, mediante la destrucción de las moléculas que contienen gran cantidad de energía en los enlaces covalentes que la forman, en reacciones químicas exotérmicas. Permite termorregular y movilizar el cuerpo, permitiendo la contracción de los músculos.⁴⁵

Metabolismo destructivo, proceso que produce la energía necesaria para toda la actividad que tiene lugar en las células. Las células descomponen hidratos de carbono y grasas para liberar energía.

El control del catabolismo en los organismos superiores se realiza por diversos mensajeros químicos como las hormonas catabólicas clásicas que son:

- Cortisol.
- Glucagón.
- Adrenalina y otras catecolaminas.
- Citocinas.
- Tiroxina.



Cuando los compuestos químicos se degradan, los productos de desecho se liberan mediante pulmones, riñones e intestino.

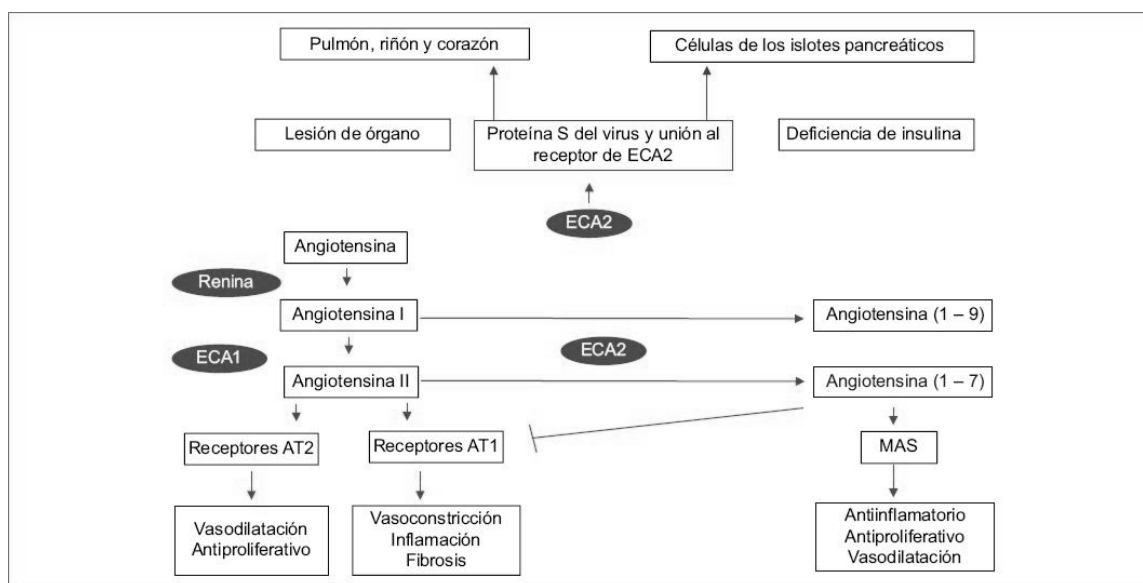
La ECA2 convierte la angiotensina I y la angiotensina II en angiotensina 1-9 y angiotensina 1-7, respectivamente. La ECA2 se expresa en el pulmón, el riñón, el corazón y el páncreas, y actúa como facilitador para la entrada del SARS-CoV-2 en la célula. El incremento de la ECA2 podría convertir la angiotensina II en angiotensina 1-7, que actúa sobre el receptor Mas1 para desencadenar efectos antiinflamatorios e inhibe el receptor AT1, favoreciendo la vasodilatación.⁴⁶

La infección por SARS-CoV-2 regula a la baja la expresión de ECA2, lo que disminuye la angiotensina 1-7, reduciendo sus efectos antiinflamatorios y potencialmente empeorando la vulnerabilidad del órgano a la infección.

La Hiperglucemia aguda regula al alta la expresión del receptor ECA2, facilitando que el virus penetre en la célula. La presencia de ECA2 inducida en otros tejidos, incluyendo pulmón, hígado y corazón, podría favorecer la inclusión del virus en las células, con un aumento en la probabilidad de falla multiorgánica.⁴⁵

La hiperglucemia crónica afecta la función pulmonar. Con un aumento de la permeabilidad de la membrana alveolocapilar y un colapso del epitelio alveolar.⁴⁶

24





VIII. Aislamiento Hospitalario

Con referencia al apartado 5.6 y 5.7 donde se plasma el fundamento de medidas de protección y transmisión se establece el presente capítulo de aislamiento hospitalario; el aislamiento hospitalario implementado para prevenir la diseminación de microorganismos entre el paciente, personal de salud, visitantes y equipos.

- Cortar la cadena de transmisión del agente infeccioso
- Disminuir la incidencia de infección nosocomial
- Prevenir y/o controlar brotes
- Racionalizar el uso de recursos
- Mantener calidad en la atención

La indicación de "aislamiento" la realiza el médico, como parte de las "órdenes de tratamiento" o "seguimiento de tratamiento". Lo que es considerado un acto de responsabilidad médica. Existen 4 tipos de aislamiento.²³

25

- Aislamiento por gotas
- Aislamiento por contacto
- Aislamiento por vía aérea
- Aislamiento por inmunosupresión

De los cuales existen medidas estándar

- Lo idóneo o lo correcto es una habitación individual.
- Conocimiento por el grupo de salud mediante la señalética adecuada (membrete en la habitación, y verificación en expediente clínico.)
- Instruir al paciente, familia y visitantes acerca de los objetivos de las precauciones que aplicamos en el paciente. (Personal de limpieza y mantenimiento de dicho establecimiento entre otros...)
- Según el tipo de aislamiento se tomarán las medidas específicas.



- Si el enfermo tiene que trasladarse a otra área del hospital u a otro hospital se le colocará una mascarilla quirúrgica y se le explicaran los cuidados, así como al personal que realizara el traslado (bata, guantes, lavado de manos, cubrebocas...) según indicaciones para cada tipo de aislamiento.²³

Desde el momento en que se diagnostica una enfermedad cuyo tratamiento y seguimiento va a requerir un ingreso hospitalario, agregándose un tipo de aislamiento, tanto el paciente como sus familiares o cuidadores primarios se ven implicados en un proceso durante el cual pueden experimentar diversas alteraciones emocionales que en su mayoría son negativas o de poco entendimiento. Las reacciones psicológicas adversas experimentadas por los pacientes en estas unidades pueden continuar causando distrés muchos meses después del alta hospitalaria, llegando a constituir un trastorno por estrés postraumático.²⁶

26

El cuidado de enfermería según la OMS abarca el cuidado autónomo y colaborativo de personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos y en todos los entornos.²²

Nanda, Nic y Noc nos ayudan a dar un cuidado individualizado para mejorar su salud, aumentar su capacidad de afrontar los problemas de salud y fomentar su calidad de vida. Abarcando una perspectiva de todas las esferas del ser humano. Fomentando la prevención, el cuidado humanizado, el tratamiento y seguimiento de un problema de salud físico o mental. Los profesionales de enfermería utilizan el criterio clínico con las personas, familias y comunidades para mejorar su salud, aumentar su capacidad de afrontar los problemas de salud y fomentar su calidad de vida.²²

8.1 Afectación del aislamiento en las personas

El aislamiento social es la falta de conexiones sociales, en el que se asocia a un aumento de casi el 50% del riesgo de padecer demencia, llega a causar soledad



mientras que otras pueden sentirse solas sin estar socialmente aisladas, o puede llegar a hacer lo contrario, se puede sentir solo mientras esta con otras personas. El aislamiento social aumenta significativamente el riesgo de una persona de morir prematuramente por otras causas posibles con alta mortalidad. La soledad y el aislamiento social en las personas son un riesgo grave de salud pública que afecta una cantidad significativa.³⁵

El verdadero aislamiento social es totalmente involuntario. Aumentan el riesgo de un amplio abanico de enfermedades, desde las cardiovasculares hasta los resfriados comunes. El riesgo de mortalidad prematura aumenta un 26% en personas que sienten soledad, un 29% en personas con aislamiento social y un 32% en las que viven solas.⁴⁰

Las principales afecciones son:

- Cambios en los patrones de sueño o alimentación
- Dificultades para dormir o concentrarse
- Agravamiento de problemas de salud crónicos
- Agravamiento de problemas de salud mental
- Mayor consumo de alcohol, tabaco u otras drogas
- Culpa si tus seres queridos te ayudan con sus actividades de la vida cotidiana.
- Mayores niveles de angustia.⁴⁰



IX. Cuidado Humanizado

El 'Cuidado Humanizado' es un tratamiento especial que brinda el personal de salud de un hospital a los pacientes críticos o gravemente enfermos, generalmente de estancia prolongada ante un cuidado humanizado de este grupo de pacientes, se han mostrado un efecto positivo en el ánimo del paciente y familia. Lo que hace que el paciente se vuelva más cooperador e involucrarse más en el tratamiento y seguimiento de su enfermedad de igual manera haga participe a la familia, a la integración de estos elementos el pronóstico o recuperación sea más factible y rápido, en donde se trata de entender al paciente y al grupo familiar, y compartir con ellos que la persona se sienta mejor y con mayor esperanza. Donde un factor determinante son las creencias y la religión.¹²

Es importante hablar constantemente con el paciente saber sus afectaciones emocionales y sociales, tener una comunicación constante verbal y no verbal, involucrarlo con el exterior, (mediante dispositivos electrónicos y no electrónicos) informarlo acerca de los procedimientos a realizar y con su tratamiento al 100% y la importancia de ellos.

Otro factor limitante del cuidado humanizado y que retraso que se implementara a los pacientes con aislamiento el esfuerzo del personal de enfermería hacia el paciente para evitar los efectos secundarios de un aislamiento fueron a base de ingenio y de empatía hacia la persona como colocarse el nombre en los overoles, pegarse la fotografía en la parte frontal, llevarse sus propias tabletas y forrarlas con papel fin de cocina para tener contacto con el exterior y así favorecer la recuperación del paciente.¹²

9.1 Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson

Jean Watson teórica contemporánea de enfermería. Inició su carrera de enfermería en la Escuela de Enfermería Lewis Gale. La teoría está soportada en el trabajo de Nightingale. Watson considera que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones como la espiritualidad y cultura e integran los conocimientos vinculados a estas dimensiones.⁹



Fundamenta su trabajo en las ciencias humanísticas, por el pensamiento de la Transformación, considerado fenómeno único, en interacción recíproca y simultánea con el mundo que lo envuelve y que, por eso mismo, lo puede transformar.

Watson entiende que el dominio de la Enfermería es la aplicación del cuidado en el mantenimiento o recuperación de la salud, así como al apoyo en el proceso del fin de la vida y en el momento de la muerte. Su teoría guía hacia un compromiso profesional orientado por normas éticas. Este compromiso ha de ser un factor motivador esencial en el proceso de cuidado. La calidad de las intervenciones de la enfermera se basa en la participación de la enfermera-persona y del paciente-persona y en el conocimiento amplio del comportamiento humano, sus respuestas, sus necesidades, sus fuerzas y límites. Un saber reconfortar, tener compasión y empatía.⁹

29

Contempla el desarrollo personal y profesional, el crecimiento espiritual, la propia historia de vida de la enfermera, sus experiencias anteriores, las oportunidades de estudio, sus propios valores y creencias y su relación con ella misma y con los demás.

Las intervenciones relacionadas con el cuidado humano, constituyen lo que Watson denomina “Factores del Cuidado” que proporcionan a la enfermera un marco de referencia para su práctica. La relación transpersonal es otro aspecto destacable de la teoría de Watson. Es la que se establece entre la enfermera ejecutora del proceso y la persona, y se desarrolla en un clima de responsabilidad moral y actitud.¹²

9.2 Factores originales de cuidados (1979)

2. Instalación de fe y esperanza.
4. Desarrollo de la relación de cuidados humanos, de ayuda y confianza.
5. Promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos.



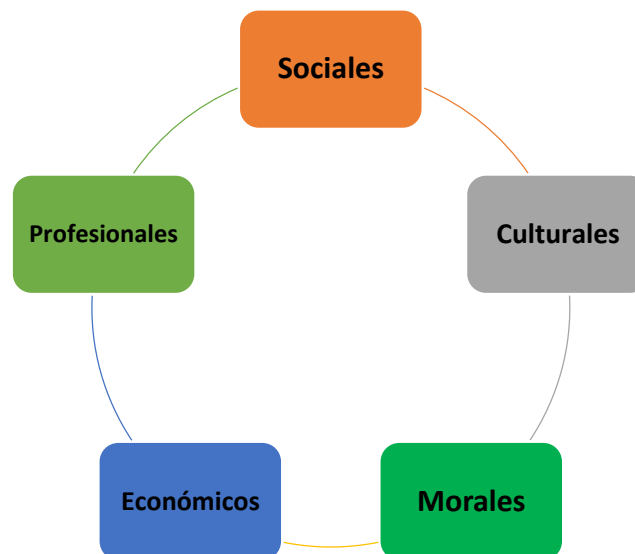
8. Disposición para crear un entorno mental, físico, social y espiritual corrector y/o de apoyo.
9. Ayuda a la satisfacción de las necesidades humanas.
10. Aceptación de las fuerzas existenciales, fenomenológicas y espirituales.⁹



X. ENTORNO

Es todo lo que rodea a la persona y se considera como el conjunto de circunstancias o factores sociales, culturales, morales, económicos, profesionales, etc., que rodean una cosa o a una persona, colectividad o época e influyen en su estado de salud, psicológico, social y emocional, o de desarrollo.

En qué consista el entorno depende del caso particular: un entorno puede consistir en una serie de objetos físicos, en una zona geográfica, en un grupo determinado de personas o situaciones.⁴³

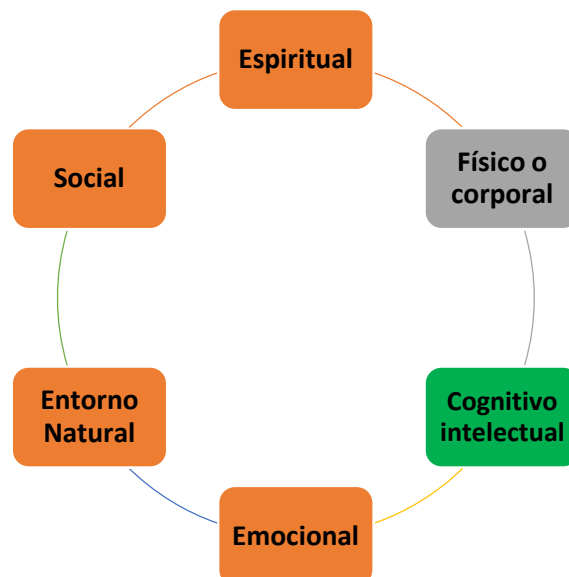




XI. 6 Esferas del Desarrollo Humano

- 1- **Físico- Corporal:** Bases genéticas del desarrollo, crecimiento físico, desarrollo motor y sentidos, salud, nutrición, funcionamiento sexual.
- 2- **Social:** Socialización, desarrollo moral, relaciones pares y familia, procesos familiares, vocación. El hombre vive y se desarrolla en sociedad.
- 3- **Cognitivo- perceptual:** Procesos intelectuales, aprendizaje, recuerdo, juicios, solución de problemas. El individuo debe alcanzar una comprensión del universo, del mundo, de las diferentes culturas y de sí mismo.
- 4- **Emocional:** El área emocional de la persona requiere de un despliegue armónico para que pueda constituirse en una fuente de motivación al desarrollo integral.
- 5- **Entorno Natural:** Tener en cuenta que el hombre es capaz de modificar el ambiente. Considerar a la persona y el medio ambiente como una entidad única, de habitación. El individuo actúa en el medio ambiente y el medio ambiente afecta a la persona.
- 6- **Espiritual:** Realización de valores y virtudes universales tales como el amor, el respeto, la tolerancia y la paz, y otros que ayudan al establecimiento de una vida plena y armónica.⁴²

32





11.1 Como influye la esfera del desarrollo humano

Covid-19 fue una enfermedad donde se vio con gran afectación a nivel de la esfera del desarrollo humano repercutiendo principalmente a nivel espiritual, social, entorno natural y emocional. La pandemia del COVID-19 ha destacado los diferentes vacíos estructurales de todo el mundo al mostrar que ninguna nación, sin importar su nivel de desarrollo, estaba preparada para enfrentarse a una reconfiguración total, bien por la falta de un sistema de salud robusto, la presencia de institucionales formales e informales débiles, el desconocimiento ante una enfermedad nueva fue uno de los factores determinantes para la afectación de la esfera. Esta enfermedad con daño multiorganico y afectación nivel del entorno deterioro en el estado de salud de los pacientes. Incluso de población no infectada.

11.2 Como afecta el estado emocional en la saturación

Se vio afectada ante el factor estresante de la enfermedad que generaba ansiedad, por el progreso de la enfermedad, los efectos adversos terapéuticos del tratamiento, el aislamiento y poco contacto con el exterior los pacientes mostraban una afectación emocional ante el proceso como era (Tristeza, irritabilidad, miedo, ansiedad...) algunos pacientes se mostraran renuentes al tratamiento , o en el cual no veían una evolución favorable se reflejaba una disminución de la saturación de oxígeno ante un periodo de ansiedad lo que requería un mayor esfuerzo respiratorio y aumento de aporte de oxígeno. Actuando el sistema nervioso central a nivel simpático una elevada concentración de dióxido de carbono es el estímulo más potente para respirar de manera más profunda y con mayor frecuencia. Disminuyendo el óxido nítrico el neurotransmisor encargado de que los vasos sanguíneos se dilaten y aumente el oxígeno y flujo sanguíneo, como consecuencia de la afectación disminuye la Pao_2 .



11.3 Como afrontaba el estrés en su domicilio

Paciente ante situaciones estresantes optaba por enfrentar las dificultades mostrándose ansioso, por periodos con problemas para dormir, molestias a nivel muscular, irritable, buscando de una manera ser resolutivo ante la situación de manera breve y concisa.



XII. Papel de la enfermera en el cuidado humanizado

El Cuidado Humanizado es una necesidad que urge en la práctica profesional y esto se evidencia en las políticas, disposiciones normativas establecidas por las entidades de salud que velan por el derecho de los pacientes y garantizan la calidad del servicio que se brinda.

En la actualidad la humanización en los hospitales es una necesidad que demanda los usuarios como parte de un derecho es aquí que las políticas de salud están enfocadas a establecer normativas legales que asegure el buen trato al usuario.

El ser humano cuando sufre deterioro de su salud requiere de ayuda y cuidados profesionales para lograr la adaptación y seguimiento del proceso con explicaciones acerca como abordar los procesos de salud y vivir momentos de incertidumbre por el desconocimiento de la enfermedad y de los procesos de atención hospitalarias, la necesidad de los profesionales de la salud deben comprender que el paciente necesita participar de sus cuidados conjuntamente con la familia para una mejor y mayor resolución.

El cuidado humanizado de enfermería es necesario en la práctica clínica-profesional, porque es el personal que tiene mayor tiempo contacto e interacción con los pacientes esto permite establecer un cuidado personalizado y humano a fin de proporcionar calidad de vida.

En la conclusión de un artículo de cuidado humanizado “lo mío es cuidar, cuidado humanizado” basado en la teoría de Jean Watson señala mediante la organización mundial de la salud, ha motivado la promulgación de la política de formación integral para el desarrollo humano de los profesionales de la salud, en búsqueda de la protección de los derechos de las personas, a partir del lema: “Trato humanizado a la persona sana y enferma” este organismo enfatiza que la Humanización “Es un proceso de comunicación y apoyo



mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida”.

En México el trato digno se refiere a la percepción que tiene el paciente o el familiar del trato y de la atención proporcionada, que es además considerado como un derecho de los pacientes al recibir atención médica. Siendo un objetivo de los sistemas de salud que la OMS expresa para mejorar el desempeño donde se definieron 8 dimensiones del trato digno, orientadas a proteger los derechos humanos.

- 1) Trato respetuoso.
- 2) Comunicación.
- 3) Autonomía.
- 4) Confidencialidad/privacidad.
- 5) Atención pronta.
- 6) Acceso a redes sociales.
- 7) Calidad de las instalaciones y servicios.
- 8) Capacidad de elección.



XIII. Humanización de los cuidados intensivos

Humanizar los Cuidados Intensivos es centrarnos en la persona a la que atendemos y su entorno que podría llevar a afectarlo aún más, entendiendo que es única, preservando su dignidad, valores y creencias cuidando en base a la mejor evidencia disponible, haciendo uso de recursos, incluyendo a los familiares y haciéndolos parte del proceso.¹¹

“Humanizar es todo lo que se realiza para promover y proteger la salud, curar las enfermedades, garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, emotivo, social y espiritual. Esto reclama la dignidad intrínseca de todo ser humano y los derechos que de ella derivan, convirtiéndose en una necesidad de vital importancia y trascendencia, por lo cual no pueden ser sólo buenas iniciativas, sino un compromiso genuinamente ético con la vulnerabilidad humana que genere salud y acompañe en el sufrimiento”.¹⁰

37

Tarea que puede ser etérea, titánica e incluso utópica, ha sido operacionalizada por el Proyecto HU-CI a través de la creación de 8 líneas estratégicas, formulando para cada una de ellas objetivos e indicadores.¹¹



Figura 13.1: Líneas de investigación Proyecto HU-CI.



1.- y 4.- UCI de Puertas Abiertas y Participación de Familiares

Se asocian la línea estratégica 1 y 4. Las UCI han sido lugares en los cuales el acceso se encuentra de una manera restringida debido a la gravedad de los pacientes y se limita el ingreso a quienes no trabajan ahí. La evidencia ha demostrado mayores beneficios que riesgos vinculados a la flexibilización de los horarios y participación de familiares directos.

Se trata de que el personal de salud ayude a concientizar y hacer partícipes a los familiares en la atención e incluso en los cuidados, haciéndolos parte en rutinas de aseo e higiene, rondas interprofesionales, prevención no farmacológica del delirium y por sobre todo facilitando el acompañamiento.¹⁰

2.- Comunicación

El nivel de información que existe en la UCI hace imperativo el entrenamiento en aspectos de comunicación efectiva, la cual comienza entre el equipo y debe incluir a familiares y pacientes. En llevar una constante actualización acerca del estado del paciente.

Promueve:

- a) Establecer líneas de tiempo en las entregas de turnos ya que minimiza los errores y aumenta la seguridad en la atención del paciente.
- b) Uso de la tecnología como medio facilitador de la comunicación en pacientes que no pueden hablar o prácticas de utilización de lápiz y papel, disminuyen el stress y la ansiedad.
- c) Entregar el estado diario del paciente es decir una actualización constante junto al equipo de enfermería, preparando conferencias familiares con objetivos definidos y considerar que la necesidad de información es la más demandada por los familiares. Fortaleciendo el trabajo en equipo y la comunicación, con una reducción en la aparición de conflictos y aumenta la confianza.



Manifiesta la incomodidad experimentada durante la hospitalización incluye aspectos físicos (frío, calor, sed, dolor) y al mismo tiempo aspectos emocionales (miedo, angustia, incertidumbre). La recomendación es incorporar un paquete de medidas (*bundle*) de sedación. Esto ayuda a que el proceso del paciente durante su etapa más crítica este lo más estable o bien tranquilo posible.¹⁰

3.- Bienestar del paciente

El dolor y el miedo son algunas de las emociones que con mayor frecuencia expresan los pacientes. Dolor ante el padecimiento y miedo por lo desconocido de la situación. Valorar de manera biopsicosocial al paciente y resolver sus necesidades inmediatas de acuerdo a las opciones disponibles en la unidad de manera precoz.

5.- Cuidados al personal

El “síndrome de *burnout*” o “síndrome del desgaste profesional”, es un trastorno que incluye: agotamiento emocional, despersonalización y sentimientos de baja autoestima profesional. Estos problemas afectan la calidad de los cuidados, los desenlaces de los pacientes y la satisfacción usuaria y familiar. Esto se da debido a la sobrecarga laboral, demanda de cuidados de los pacientes, ambiente laboral malo, poco reconocimiento por parte del jefe inmediato entre otras.

Proponiendo dos categorías de prevención y manejo: Mejorando en el entorno de la UCI e intervenciones que ayudan en el enfrentamiento del entorno a las personas, el abordaje debe ser multidimensional, promoviendo el desarrollo habilidades de comunicación, colaboración, participación en la toma de decisiones, dotación adecuada de personal, reconocimiento y liderazgo, con estimulación en el autocuidado (descanso, alimentación y ejercicio) y la resiliencia.

6.- Prevención, manejo y seguimiento del Síndrome Post-UCI

“Nuevos o empeoramiento de los problemas de salud física, mental o cognitiva relacionados con la enfermedad crítica que persisten al alta del hospital en el



sobreviviente”. Se implementó una línea de aspectos fundamentales para trabajar en la recuperación de los sobrevivientes estos son: estrategias de analgesia y sedación, prevención de delirium y estrés postraumático, movilización precoz, atención centrada en la persona y familia y formación permanente del equipo interprofesional. Llevando acabo que el paciente retome sus actividades habituales o en su minoría lo más pronto posible.

7.- Infraestructura humanizada

La propuesta es replantearse como mejorar los espacios obteniendo el mayor beneficio. De las cuales son invertir en muebles (para la estancia de familiares) y decoración (que facilite la orientación en tiempo y espacio), del mismo modo se sugiere que frente a la posibilidad para que se considere la existencia de ventanas con acceso a luz natural, medición de ruidos, regulación de la temperatura y luz, espacios protegidos para familiares, entre otras.

40

8.- Cuidados al final de la vida

Un plan de cuidados de fin de vida, para asegurar una muerte libre de dolor y sufrimiento, o disminuyéndolo cuanto sea posible, respetando las preferencias del paciente y familia. Tomando en cuenta sus creencias y valores. La integración de cuidados paliativos en las unidades intensivas además de ser costo-efectiva, favorecer la comunicación, garantiza la cobertura de las necesidades físicas, psicosociales y espirituales.¹⁰



XIV. Delirio

Estado mental de confusión que incluye cambios en la conciencia, en pensamientos, juicio, patrones de sueño, y de conducta. La mayoría de los episodios de delirio son causados por efectos adversos de fármacos o por deshidratación y pueden revertirse si llegan a tratarse. El delirio puede llegar a confundirse con la depresión o demencia, estos estados son y tienen tratamientos diferentes.⁴⁸

La etiopatogenia es incierta, en la mayoría de los casos parece de origen multifactorial y sería la suma de las alteraciones sistémicas y cerebrales. Los pacientes con demencia tienen una predisposición a desarrollar delirium en relación con la marcada pérdida o déficit neuronal, los déficits en la neurotransmisión colinérgica, adrenérgica, y serotoninérgica, y la disminución del flujo sanguíneo cerebral que conlleva una disminución del aporte de oxígeno, glucosa y otros nutrientes.⁴⁹

41

Factores de riesgo

1. Deterioro cognitivo.
2. Déficits neurosensoriales (deterioro visual...).
3. Trastorno neurológico previo (Parkinson...).
4. Antecedentes de otros episodios confusionales.
5. Enfermedad severa.
6. Carga de comorbilidad.
7. Depresión.⁴⁸



- Enfermedades agudas:

Infecciones. Principalmente broncopulmonares y urinarias son una de las causas más frecuentes, encontrada en un 25-50% de los cuadros confusionales.

- Enfermedades metabólicas.

Estados de deshidratación, hiponatremia, trastornos del metabolismo fósforo-cálcico, hipoglucemia, insuficiencia renal o hepática, anemia, hipoxemia, etc.⁴⁹

14.1 Tipos de delirio

- **Delirio hipoactivo:** El paciente parece somnoliento, cansado o deprimido
- **Delirio hiperactivo:** El paciente está inquieto, ansioso, o agitado de repente y sin cooperación.
- **Delirio mixto:** El paciente cambia una y otra vez entre delirio hipoactivo y delirio hiperactivo.⁴⁸

42

14.2 Causas del delirio

- Enfermedades terminales
- Edad avanzada
- Deshidratación
- Infección o Neuroinfecciones
- Medicamentos, con altas dosis de opioides
- Abstención de ciertos medicamentos o dejar de tomarlos

Las personas con delirio tienen más probabilidad de sufrir una caída u otro tipo de accidente, relajación de esfínteres constante a nivel urinario e intestinal y de deshidratarse. Su estado de confusión puede complicarles el hablar con otros de sus necesidades y de tomar decisiones acerca de su cuidado. Los familiares pueden necesitar participar más en la toma de decisiones.⁴⁹



XV. Delirio en el paciente crítico

El delirio en el paciente crítico es de origen multifactorial como es la (edad avanzada, alteraciones cognitivas previas [demencia], discapacidades sensoriales como hipoacusia y disminución de la agudeza visual, consumo de sustancias con capacidad adictiva, como alcohol, nicotina y psicofármacos).⁵⁰

Los factores ambientales (inmovilidad prolongada, práctica de intervenciones y procedimientos sobre el enfermo, sujeciones físicas, privación o sobreestimulación sensorial, privación de sueño, ventilación mecánica, abstinencia de sustancias).

Los factores fisiológicos son causados por la enfermedad aguda (sepsis, anemia, hipoxia, hipotensión, alteraciones hídricas y electrolíticas, dolor insuficientemente tratado, uso de fármacos psicoactivos, en especial opiáceos y benzodiacepinas). En el cual se ha demostrado que el riesgo de delirio aumenta con el mayor número de factores presentes.⁵⁰

43

15.1 Fármacos y Tóxicos que pueden causar delirium

1. Hipnóticos y sedantes:

- Benzodiacepinas vida media larga (Lorazepam...)
- Barbitúricos.
- Hidrato de Cloral.

2. Narcóticos: Meperidina, Morfina

3. Fármacos efecto anticolinérgico:

- Antihistamínicos (Difenhidramina, hidroxicina)
- Antiespasmódicos (Difenoxilato, hioscina)
- Tricíclicos (Amitriptilina, imipramina, doxepina)
- Fenotiacinas (Tioridacina)
- Benzotropina, trihexifenidilo
- Antiarrítmicos (quinidina, disopiramida, lidocaina)

4. Fármacos cardiovasculares:



- Digoxina a niveles tóxicos, Amiodarona.
- Propranolol, Metildopa, reserpina.

5. Antibióticos:

- Penicilinas, cefalosporinas, aminoglucósidos, Sulfamidas

6. Broncodilatadores.

- Altas dosis anticolinérgicos inhalados.
- Niveles altos de teofilina.

7. Miscelánea.

- Cimetidina
- Metoclopramida
- Esteroides y corticoesteroides
- AINES a altas dosis, salicilatos
- Anticonvulsivantes, sobre todo fenitoína dosis altas
- Amantadina
- Levodopa y agonistas dopaminérgicos
- Cloroquina
- Antidiabéticos orales e insulina
- Antihistamínicos

8. Tóxicos.

- Anticolinesterasas
- Insecticidas organofosforados
- Monóxido o dióxido de carbono
- Sustancias volátiles: gasolina, pintura.⁵¹



15.2 Factores relacionados con la Hospitalización

- Alteraciones sensoriales: (deprivación, sobrecarga)
- Deprivación de sueño.
- Entorno no familiar.
- Cambios frecuentes de habitación.
- Incontinencia.
- Dolor
- Inmovilización.
- Vías intravenosas.
- Uso de sondas o dispositivos invasivos
- Estrés psicosocial.⁵¹



XVI. ADULTO

Adulto se refiere a un organismo con una edad que ha alcanzado su pleno desarrollo orgánico, incluyendo la capacidad de reproducirse. En el término humano las especificaciones asociadas a aspectos sociales y legales. La adultez es definida en términos fisiológicos, psicológicos, legales, de carácter personal, o de posición social. Un ser humano se dice que es adulto cuando ya ha terminado la infancia y adolescencia por alcanzar su completo desarrollo físico. Es una etapa de estabilidad relativa y física. Considerada la etapa del desarrollo humano que prosigue a la juventud y antecede a la vejez, en el cual se obtiene la plena madurez física e intelectual del individuo.²⁸

16.1 Etapas del desarrollo humano en el adulto.

La adultez se divide en tres etapas:

- Adultez temprana desde los 20 años hasta los 40 años.
- Adultez media desde los 40 años hasta los 60 años.
- Adultez tardía de los 60 años en adelante.

16.2 Adultez Temprana

Entre los 20 y los 40 años. Etapa en que finalizan los procesos de crecimiento corporal, físico e intelectual, alcanzando la plenitud de sus capacidades físicas hacia los 25-30 años, con gran agilidad, fuerza y resistencia. Es en estos años, cuando la mayoría de los jóvenes finaliza la escuela y en la toma de decisiones esta entre conseguir un trabajo o seguir estudiando. Se basa en fortalecer las relaciones sentimentales y definir los objetivos a largo plazo durante este período de constantes cambios repentinos. La forma de relacionarse cambia, se comienza a buscar relaciones más íntimas que ofrezcan y requieran de un



compromiso por ambas partes, una intimidad que produzca sensación de seguridad y de confianza.²⁸

Período de los 25 a 35 años, los adultos buscan la realización personal, en el ámbito laboral, conseguir tener una profesión y desarrollarse en el trabajo, como en el ámbito personal donde se busca encontrar una pareja para compartir metas y sea un apoyo en la realización de sus objetivos a largo plazo. Considerada una etapa de primeros fracasos en las diferentes esferas.⁷

16.3 Adultez media

“Segunda adultez” etapa vital marcada por la autorrealización y una gran productividad en términos intelectuales (y/o científicos, filosóficos o artísticos). Etapa de plena independencia, que supuestamente prepara al individuo para afrontar la vejez. Se considera una etapa de crisis de productividad o estancamiento, considerada de alta productividad, sobretudo en la esfera intelectual artística y laboral, período en el que se consigue la plena autorrealización. Proceso caracterizado por un nuevo esfuerzo en la búsqueda de una nueva identidad.⁶

47

También la llamada “crisis de la edad media” el ser humano se implementa a sí mismo una nueva inflexión de su personalidad, para hacer frente o prepararse para la supresión en sus capacidades físicas y sensoriales haciéndose ver así, como la aparición de enfermedades tempranas, ya sean cronicodegenerativas o temporales agravantes acorde a la edad y complicación con el tiempo.¹⁸

16.4 Adultez Tardía

Se considera la última etapa del desarrollo humano que va desde los 65 años hasta el fallecimiento, conocida como senectud, o último periodo de nuestras vidas, se caracteriza por un declive gradual del funcionamiento de todos los sistemas corporales. En el que suceden acontecimientos como jubilación,



enfermedades crónicas, limitaciones en autonomía, pérdida del cónyuge y seres queridos pueden provocar diferentes síntomas:

- Quejas, irritabilidad, hostilidad, inquietud, angustia, desesperación.
- Tristeza, decaimiento, apatía, depresión, abatimiento, sentimientos de culpa.
- Aislamiento social.
- Sensación de fracaso, inutilidad, Insomnio.
- Miedo, ansiedad, dificultad en la concentración y memoria.

Esta etapa es sinónimo de soledad y aislamiento, así como problemas de salud física y mental. El saberse ya poco útiles para la familia considerándose una “carga”, agregando una posible enfermedad en donde el adulto se encuentre de manera inactiva en su totalidad.

Las personas que alcanzan la tercera edad o adultez tardía necesitan evaluar, sintetizar y aceptar sus vidas, admitiendo que la muerte se les aproxima.¹⁸

Esta multiplicidad de pérdidas que limitan la autonomía e independencia del adulto mayor y lo instauran en una posición social pasiva, en cierto grado excluyente, exponen al anciano a estados de dolor, aflicción y crisis por la pérdida de la identidad.⁷



XVII. Envejecimiento

El envejecimiento humano es un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática, debida a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos que enfrenta el organismo a lo largo de la historia del individuo en un ambiente determinado.⁷

La vejez es la etapa de la vida cuyo inicio es determinado por cada sociedad. Actualmente, en los países en desarrollo en México se acepta como inicio de la vejez los 60 años.²⁸

El envejecimiento sano y activo no se limita a realizar ejercicio físico o trabajo remunerable. El investigador Alan Walker, propone siete componentes:

1. Contribuir al bienestar individual, familiar comunitario y social.
2. Prevenir enfermedad, discapacidad, dependencia y pérdida de habilidades.
3. Participar en la medida que lo permitan las condiciones físicas, psicológicas y sociales de cada persona (incluidas las que son frágiles y dependientes).
4. Mantener y fortalecer la solidaridad intergeneracional.
5. El derecho a la protección social, educación y capacitación a lo largo de la vida implica la obligación de aprovecharlo para ejercer de manera más eficiente el envejecimiento activo.
6. El empoderamiento en el envejecimiento activo implica adquirir conocimiento para asumir la responsabilidad del rol social de viejo activo.
7. Considerar los elementos locales y la diversidad cultural en el concepto de envejecimiento activo.



XVIII. Senectud

Senectud es el periodo de la vida humana que sigue a la madurez y proviene del latín senectus, -ūtis que se denomina como “vejez o condición” de la etapa de la vida en que se halla el senex.

Senectud alude a la etapa de la vida de los individuos, que empieza entre los 60 y 65 años de edad, donde la especificación de la tercera edad es un término antropico-social que hace mención a la población de entes mayores o ancianos. En ese periodo el cuerpo se va deteriorando y por consecutivo, es sinónimo de vejez y de ancianidad, en el cual se trata de un conjunto de población que esta jubilada y tiene 65 años de edad o más.²⁸

A partir de los 65 años los ancianos pueden acceder a su jubilación y se transforman a nivel económico en sujetos pasivos, cuando ellos empiezan esa etapa dejan de producir y reciben una pensión por el trabajo que realizaron durante muchos años.

50

El significado de senectud se utiliza como sinónimo de tercera edad, términos que hacen referencia a 3 etapas:

- 60 a 70 años: Senectud.
- 72 a 90 años: la Vejez.
- Más de 90 años: ancianos.



XIX. Síndrome del Nido Vacío

Fenómeno en el que los padres experimentan sentimientos de tristeza y pérdida cuando el último hijo se va de casa. La pareja se encuentra entonces con espacios vacíos: no sólo comparte menos tiempo con los hijos, sino que además se siente menos necesitada, puesto que los mismos requieren ahora otro tipo de dedicación. Acuden menos a visitarlos o de alguna manera estar menos preocupados por ellos. Etapa en que los hijos dejan el núcleo familiar, continuando con su propio ciclo vital, formando nuevas parejas o familias, o viviendo solos o con amigos. Los padres deben poder elaborar el duelo de su partida, asimilando la incorporación de nuevos individuos a la familia, como las parejas de los hijos o la familia política. En el cual es un implicado factor de riesgo en los adultos mayores que lo llegan a experimentar.³⁷



XX. Cambios en el adulto mayor

20.1.1 Cambios Biológicos

A nivel de los sentidos:

Visión: Disminuye el tamaño de la pupila, menor transparencia y mayor espesor del cristalino, que provoca que disminuya la cantidad de luz a la retina y empeore la visión lejana, disminuye la agudeza visual y la capacidad para distinguir ciertos colores. Los tejidos peri orbitales se atrofian, que producen caída del parpado superior y eversión del parpado inferior. El iris se hace más rígido, la pupila más pequeña y la lente amarillo por la oxidación de triptófano.⁷

Audición: Menor agudeza para las frecuencias altas (tonos agudos), lo que deteriora la capacidad para discriminar palabras y comprender conversaciones normales. atrofia del canal auditivo externo con cerumen más denso y pegajoso. El tímpano se engruesa y la cadena de huesecillos se altera en sus articulaciones. Hay disminución de células de Corti y neuronas cocleares.

Gusto y Olfato: Disminuye la sensibilidad para distinguir los olores y sabores salados, dulces y ácidos, debido al deterioro de las papilas gustativas.

Tacto: la diversidad de cambios se da por transformaciones internas, como son la disminución en la producción de colágeno, pérdida de grasa subcutánea y masa muscular. Pero también pueden ser originados por deficiencias en la alimentación, por enfermedades o por excesiva exposición al sol sin la suficiente hidratación aplicada por vía tópica.⁷

Aparición de arrugas, manchas, flacidez y sequedad son algunos de los principales cambios. Se produce una importante pérdida de masa muscular y una atrofia de las fibras musculares, que disminuyen en peso, número y diámetro. Consecuentemente, estos cambios traen consigo el deterioro de la fuerza muscular.



Estatura: En general, crecemos hasta los 40 años y luego comenzamos a perder 1,25 mm. por año (aproximadamente 5 cm. de pérdida a los 80 años). Esto se debe a la compactación de los discos intervertebrales, aumento de la flexión de caderas y rodillas y aplanamiento del arco del pie.

Peso: Alcanza su máximo a los 50 años y luego disminuye. El compartimento de tejido graso sufre un aumento de 15 a 30% entre los 40 y 55 años para luego disminuir a aproximadamente un 20% promedio.⁷

20.2 Cambios sistema Musculoesquelético

Disminuye su masa, es infiltrado con grasa y tejido conectivo, hay una disminución especialmente significativa de las fibras tipo 2, desarreglo de las miofibrillas, disminución de las unidades motoras, y disminución del flujo sanguíneo. La masa esquelética disminuye, los huesos se tornan más porosos y quebradizos. Esto se da por el proceso de desmineralización, los huesos se vuelven más frágiles. Estos cambios afectan más a las mujeres, debido a: mayor pérdida de calcio, factores genéticos, factores hormonales (menopausia), inactividad física, consumo de tabaco y alcohol, mala alimentación.¹⁴

Las Articulaciones se vuelven menos eficientes al reducirse la flexibilidad. Se produce mayor rigidez articular debida a la degeneración de los cartílagos, los tendones y ligamentos.

20.3 Cambios sistema Cardiovascular

En el corazón se da un aumento del ventrículo izquierdo, generando mayor cantidad de grasa envolvente, alteraciones del colágeno, que provocan un endurecimiento de las fibras musculares y una pérdida de la capacidad de contracción.

Los vasos sanguíneos se estrechan y pierden elasticidad, al aumentar de grosor y acumular lípidos en las arterias, las válvulas cardiacas se vuelven más gruesas y menos flexibles.¹⁴



20.4 Cambios sistema respiratorio

La atrofia y el debilitamiento de los músculos intercostales, los cambios esqueléticos y el deterioro del tejido pulmonar. Todo ello produce una disminución del contenido de oxígeno en sangre, que se reduce entre un 10% y un 15%, y en la aparición de una enfermedad respiratoria. Susceptibles a enfermedades como neumonía, tuberculosis y resfriado común.⁷

20.5 Cambios sistema nervioso

El peso cerebral disminuye con la edad y el flujo sanguíneo cerebral se reduce en un 20%, produciendo alteraciones de los procesos de autorregulación de flujo. Existe pérdida de neuronas. La mielina disminuye, al igual que la densidad de conexiones dendríticas, enlenteciendo el sistema. La descomposición de los nervios llega a afectar los sentidos. Se llega a presentar reducción o pérdida de los reflejos o la sensibilidad. Lo que conlleva a problemas con el movimiento, equilibrio y seguridad.³⁶

La reducción en el pensamiento, la memoria y la capacidad cognitiva es una parte normal del envejecimiento. Estos cambios no son iguales en todas las personas. La demencia y la pérdida importante de la memoria no son una parte normal del envejecimiento. Pueden ser causadas por enfermedades cerebrales. El delirio es una confusión repentina que lleva a cambios en el comportamiento y el pensamiento. Con frecuencia, se debe a enfermedades que no tienen relación con el cerebro. Una infección puede provocar que una persona mayor resulte gravemente confundida. Ciertos medicamentos también pueden causar esto.³⁶



20.6 Cambios a nivel emocional

En el adulto mayor al llegar a esta edad es cuando más cambios a nivel emocional se sufren, en el que una serie de sentimientos y emociones las cuales son angustia, tristeza, el miedo, estrés, impotencia, desesperanza y el aislamiento, los cuales dan cuenta de una nueva perspectiva que lleva a entender aún más su afección. Se considera que debido a la edad muchas de las veces ocurren de manera natural conforme el paso de la edad.¹³

La consecuencia de estas emociones trae consigo un agotamiento físico y mental en el adulto que lleva a que experimente emociones negativas que agudizaran los síntomas y que conlleven a que afecten otras funciones fisiológicas del cuerpo. En ellos es normal que se dé un cambio repentino de humor por tal proceso.⁷

En los adultos, los cambios en la vida pueden aumentar el riesgo de alguna alteración o llevar a que la depresión empeore aún más. Algunos de estos cambios son:

- Mudanza del hogar, o envió a un asilo
- Dolor o padecimiento crónico
- Hijos que dejan el hogar
- Cónyuge y amigos cercanos que mueren
- Pérdida de la independencia (problemas para cuidarse sin ayuda o moverse, o pérdida de los privilegios para conducir)

La depresión puede estar relacionada con un padecimiento físico, como:

- Enfermedad como (Trastornos tiroideos, Parkinson, Enfermedad del corazón, algún tipo de Cáncer, accidente cerebrovascular, Demencia (Alzheimer)).³⁷



XXI. Red de apoyo

Conjunto de relaciones que integran a una persona con su entorno social, o con personas con las que establecen vínculos solidarios y de comunicación para resolver necesidades específicas. Las redes pueden reducirse o extenderse proporcionalmente al bienestar material, físico o emocional de sus integrantes, y al involucramiento y la participación activa en el fortalecimiento de las sociedades. Están en constante movimiento y las integran personas (cualquier número a partir de dos) que comparten intereses, principios ciudadanos y que asumen principios de reciprocidad, no violencia y acción voluntaria.¹⁵

Entre los tipos de apoyos que brindan las redes:

- **Emocionales:** afectos, confianza, compañía, empatía, reconocimiento, escucha. Pueden ser a través de visitas, llamadas telefónicas, invitaciones, abrazos, etc.
- **Instrumentales.** Ayuda para transportarse, labores del hogar, hacer las compras, el cuidado o acompañamiento.
- **Cognitivos.** Intercambio de experiencias, información, consejos que permitan entender o recordar una situación, etc.
- **Materiales.** Dinero, alojamiento, comida, ropa, donaciones, etc.

Las redes se pueden clasificar en **formales e informales**. **Informales.** Son las redes personales y comunitarias, a su vez se dividen en primarias y secundarias:

1. **Primarias.** Están conformadas por la familia, amigos y vecinos. Cumplen funciones de socialización, cuidado y afecto, reproducción y estatus económico, entre otras.
2. **Secundarias.** Es el mundo externo a la familia: grupos recreativos, organizaciones civiles y sociales que operan en la comunidad, organizaciones religiosas, relaciones labores o de estudio. Algunas de sus funciones son la compañía social, el apoyo emocional, la guía cognitiva y de consejos, la regulación social, dar ayuda material y de servicios y la posibilidad de acceder a nuevos contactos.¹⁶



21.1 Programa para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores

Tiene como objetivo contribuir al bienestar de la población adulta mayor debido al otorgamiento de una pensión no contributiva. Los derechos de las personas adultas mayores no son respetados y cumplidos a cabalidad en nuestro país.¹⁶

El programa tendrá cobertura nacional y otorgará un apoyo económico a:

- Personas de 65 años o más que viven en comunidades indígenas
- Personas adultas mayores de 68 años o más de edad en el resto del país
- Personas adultas mayores de 65 a 67 años inscritas en el Padrón de derechohabientes del programa Pensión para Adultos Mayores activos a diciembre del ejercicio 2018.¹⁶



XXII. NANDA

De las siglas North American Nursing Diagnosis Association, teniendo como objetivo definir, promover y continuar trabajando para la implementación de terminología que refleja los juicios clínicos de las enfermeras. Organización profesional de enfermeras interesadas en la terminología de enfermería estandarizada que desarrolla, investiga, difunde y refina la nomenclatura, los criterios y la taxonomía de los diagnósticos de enfermería.²⁹

NANDA define el diagnóstico de enfermería como “un juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o comunitarias a problemas de salud y procesos de vida reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería sirve de base para seleccionar las intervenciones de enfermería para lograr los resultados de los que la enfermera es responsable”.²⁹

Los diagnósticos de NANDA ayudan a fortalecer la conciencia, rol profesional y habilidades profesionales de las enfermeras. Se distingue de hasta 4 tipos de diagnósticos dependiendo de las situaciones que marcan el diagnóstico del paciente. Orientado a problemas: Hace referencia al diagnóstico de un problema del paciente que está presente durante una evaluación de enfermería. Normalmente, se puede reparar durante un turno dependiendo de la atención que reciba el paciente. El diagnóstico orientado a problemas tiene tres componentes:

- Diagnóstico de enfermería
- Factores relacionados
- Definir características

Los diagnósticos se basan en síntomas y signos que presente el paciente.

Riesgo: Diagnóstico que se da cuando los factores de riesgo requieren la intervención antes de que se desarrolle un problema real. Este tipo de diagnóstico suele precisar de un razonamiento clínico y juicio de enfermería



Promoción de la salud: Aquel diagnóstico que promueve la mejora del bienestar general de un paciente, o una comunidad.

Síndrome: Grupo de diagnósticos que suceden según un estándar o en su defecto, que pueden ser tratados con las mismas intervenciones de enfermería.²⁹

XXIII. NIC

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), ayuda a la identificación del tratamiento que las enfermeras realizan, organizar esta información en una estructura coherente y proporcionar el lenguaje para comunicarse con las personas, familias, comunidades, miembros de otras disciplinas y la población en general. La NIC es una clasificación normalizada y completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. Utilizada para planificación de los cuidados, documentación clínica, comunicación de cuidados en distintas situaciones, integración de datos entre sistemas y situaciones, investigación eficaz, cuantificación de la productividad, evaluación de la competencia, la retribución, la docencia y el diseño de programas.³⁰

59

La selección de una intervención de enfermería para un paciente se considera parte del criterio clínico del profesional de enfermería. Al elegir una intervención deben tenerse en cuenta seis factores:

- 1) resultados deseados en el paciente
- 2) características del diagnóstico de enfermería
- 3) investigación sobre la intervención
- 4) factibilidad para realizar la intervención
- 5) aceptación por el paciente
- 6) capacidad del profesional de enfermería

Los resultados en el paciente han de especificarse antes de elegir la intervención. Servirán de criterio comparativo para juzgar el éxito de una intervención de



enfermería determinada. Los resultados describen conductas, respuestas y sentimientos del paciente debidos a los cuidados administrados. ³⁰

XXV. NOC

Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) presenta una lista exhaustiva de conceptos, definiciones y medidas estandarizados que describen los resultados de los pacientes en función de las intervenciones enfermeras. Incluye una etiqueta, una definición, un grupo de indicadores, una escala de medida tipo Likert de cinco puntos, el historial de publicación y referencias bibliográficas seleccionadas. NOC se usa para examinar el cambio en el estado del paciente a lo largo de una hospitalización. ³¹



XXVI. METODOLOGIA

Es un trabajo a desarrollar como contenido científico fue elegido por ser un problema de salud a nivel mundial, que actualmente sigue con un alto índice de Morbi-mortalidad. Y que a su vez dejo secuelas económicas, sociales, psicológicas y físicas de resolución a corto, mediano y largo plazo. Donde el enfoque va dirigido hacia la afectación a nivel psicosocial y psicoemocional y cómo repercute en el proceso de su enfermedad.

En los inicios de la pandemia fue visible el desconocimiento ante una nueva enfermedad, la forma de transmisión real, tratamiento y el indicador enfermera – paciente fue superado , es por eso que el impacto que tendría el SARS-CoV-2 en las distintas esferas de la sociedad, la crisis ha ido escalando y las repercusiones psicosociales y psicoemocionales del COVID-19 se mantienen, las primeras informaciones sobre este virus y las complicaciones de los pacientes fueron reservadas, lo cual generó, una respuesta tardía por parte de la comunidad científica. Para que posterior se estudiaran ciertas teorías sobre los diferentes puntos de afectación de esta enfermedad.

Una vez elegido el tema se buscó en la red (SciELO, revista Elsevier, Cubana de enfermería, Enfermería investiga, pagina web del gobierno de México, artículos a nivel mundial sobre estadística de nuevos casos, complicaciones y defunciones sobre COVID-19) lo que permitió al desarrollo, datos de estudio de la problemática basado en las teorías de enfermería (Teoría del cuidado humano, 11 patrones funcionales)

Se pretende analizar el proceso de la enfermedad y su afectación en la esfera humano- social en los pacientes con covid-19 basado en el proceso cuidado enfermero, un cuidado individualizado en un paciente con esta enfermedad que no solo lo afecta físicamente también si no también a nivel psicosocial y psicoemocional y derivar a un plan de cuidados para aplicar intervenciones que eviten el deterioro de su salud desde todas sus perspectivas.



Que el profesional de enfermería conozca la dimensión humano- social en el tratamiento y seguimiento con el paciente de COVID-19. Para este trabajo se centrarán en las líneas 1,3, 4 y 8 de la Humanización de los cuidados intensivos, líneas de investigación Proyecto HU-CI.

Se encontraron artículos en español e inglés de los cuales se hizo más énfasis en los del año 2020 donde fue el pico máximo de esta pandemia y en el cual se obtuvieron más modificaciones acerca del tratamiento, seguimiento y pronóstico de estos pacientes, así como un aumento relevante de la mortalidad de ellos.



CONCLUSIONES

Con este proyecto de investigación fue de vital importancia enfocar el cuidado humanizado por parte de enfermería hacia el entorno del paciente basándonos así en los lineamientos de la OMS con respecto al bienestar físico, social y psicológico del paciente. Como personal de salud estamos para tratar, prevenir y curar la enfermedad en algunas ocasiones olvidando el enfoque que lo conllevo o por el que está pasando el paciente en su aspecto psicosocial y psicoemocional.

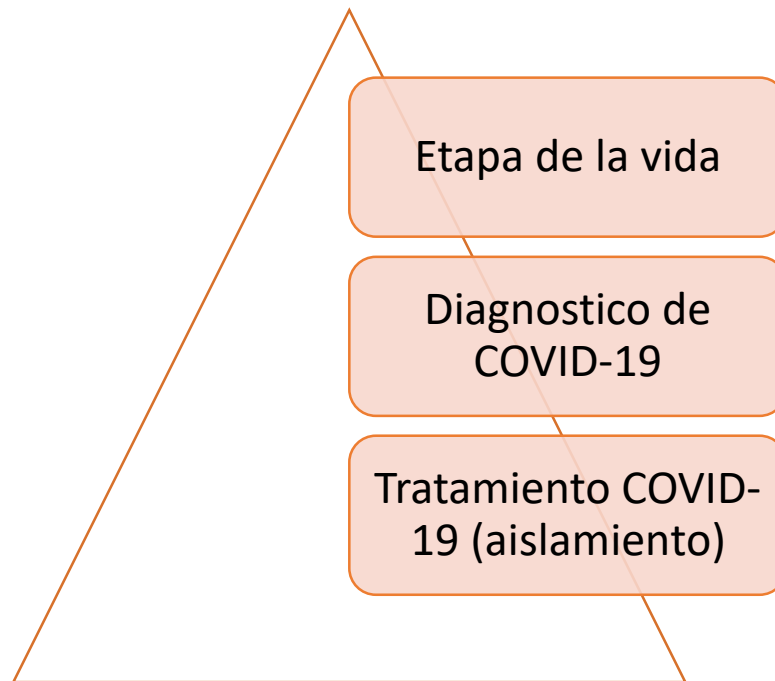
El COVID-19 reconocido como una enfermedad respiratoria más agravantes de los últimos tiempos que no solo su daño es a nivel pulmonar, existiendo así con el paso de los días un daño multiorganico, en el peor de los casos llevando a cabo la muerte. Vimos también que el paciente de ser, totalmente independiente pasa a ser dependiente de cuidados del personal de salud o de la familia con una recuperación con múltiples secuelas y en algunos de los casos con una recuperación lenta o bien con una incapacidad permanente.

Los documentos que encontré fueron relevantes para mi trabajo, se está en constante actualización en páginas web, acerca de nuevos casos, defunciones e incluso con la investigación con diferentes tratamientos para eliminar el virus o bien evitar el daño multiorganico.

COVID-19 es la enfermedad más agravante en los últimos años a nivel mundial, así como todas sus afectaciones, siendo una de las enfermedades con daños sociales, económicos, emocionales y físicos. La información está en constante cambio, ya que de alguna manera sigue afectando a las personas a nivel mundial contando ya con la vacuna, pero no un tratamiento determinante para tratarlo o eliminarlo.



La triada a manifestar durante esta investigación y de foco alarmante para Respuesta del paciente con COVID – 19, el entorno cómo repercute en el proceso de su enfermedad.



64

Se concluye que al inicio de la pandemia y en el pico máximo de esta, el ser diagnosticado la persona con covid-19 en el cual ya se predisponía el aislamiento por 15 a 21 días sea hospitalario o domiciliario, la etapa de vida juega un factor determinante por que conforme se avanza se van satisfaciendo metas y expectativas, pero aun así existía un gran impacto en las personas adultas mayores que luchaban con sus características psicosociales de la etapa o catenado al aislamiento terapéutico.

En esto podemos deslumbrar el éxito de la recuperación era el diagnostico precoz y el inicio del tratamiento antes de los 7 días, pero un agravante mayor era que el paciente sintiera soledad lo cual en estudios ha demostrado que tiene efectos cardiovasculares, cerebrales e inmunológicos incrementando así la mortalidad en un 29% es por esto que la presente tesina hace la propuesta de implementar el



programa internacional UCI-H que tendrá que ser adaptado al medio hospitalario de San Luis Potosí.



REFERENCIAS

- 1.- Coronavirus – gob.mx [Internet]. Gob.mx. [citado el 8 de abril de 2022]. Disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/>
- 2.- Coronavirus: qué significan los términos que usamos con más frecuencia al hablar de la pandemia de covid-19. el 20 de marzo de 2020 [citado el 9 de abril de 2022]; Periódico. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-51969328>
- 3.- Organización Mundial de la Salud (OMS) Abril (2022) Recuperado de: <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>
- 4.- Salud - Concepto, componentes y salud ocupacional OPS (Organización Panamericana de la salud. [Internet]. Concepto. [citado el 31 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://concepto.de/salud-segun-la-oms/>
- 5.- Arganda C. ¿Brecha de género por Covid-19? Mata un 88% más a hombres que a mujeres [Internet]. diariofarma. 2020 [cited 2022 Oct 24]. Available from: <https://diariofarma.com/2020/03/23/brecha-de-genero-por-covid-19-mata-un-88-mas-a-hombres-que-a-mujeres>
- 6.- Coronavirus [Internet]. Who.int. [cited 2022 Oct 14]. Available from: <https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus>
- 7.- Gutiérrez Robledo LM. geriatría. Manual Moderno; 2006.
- 8.- Coronavirus [Internet]. Paho.org. [cited 2022 Oct 14]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus>
- 9.- Watson J. "Teoría del cuidado Humano" Historia y fundamentos. Barcelona. (2005) pp. 28-36.
- 10.- Baeza Gómez Ignacio, Quispe Hoxsas Linda Cynthia. Proyecto "Humanizando los Cuidados Intensivos", nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos. Rev. Bioética y Derecho [Internet]. 2020 [citado 2022 Mayo 25] ; (48): 111-126. Disponible en:



http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000100008&lng=es. Epub 11-mayo-2020.

11.- Rojas V. HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2019 [cited 2022 Jun 11];30(2):120–5. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-humanizacion-de-los-cuidados-intensivos-S0716864019300240>

12.- Guerrero Rosa, Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. LimaCallao, 2015. Rev enferm Herediana. 2016.. pp 133.

13.- Alvarado García Alejandra María, Salazar Maya Ángela María. Descubriendo los sentimientos y comportamientos que experimenta el adulto mayor con dolor crónico benigno. Gerokomos [Internet]. 2016 Dic [citado 2022 Sep 24] ; 27(4): 142-146. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000400003&lng=es.

14.- Felipe Salech M, Rafael Jara L, Luis Michea A. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2012 [citado el 31 de octubre de 2022];23(1):19–29. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-cambios-fisiologicos-asociados-al-envejecimiento-S0716864012702699>

15.- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Importancia de las redes de apoyo social para las personas mayores [Internet]. gob.mx. [citado el 11 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/importancia-de-las-redes-de-apoyo-social-para-las-personas-mayores?idiom=es>

16.- INAPAM. Acciones y programas. [Internet] [citado 11 de junio de 2022] Disponible en: Clubes INAPAM. de <https://www.gob.mx/inapam/acciones-y-programas/clubes-inapam-a-nivel-nacional>



- 17.- Yang AC, Kern F, Losada PM, Agam MR, Maat CA, Schmartz GP, et al. Dysregulation of brain and choroid plexus cell types in severe COVID-19. Nature [Internet]. 2021 [cited 2022 May 27];595(7868):565–71. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41586-021-03710-0>
- 18.- Adultez Tardía [Internet]. Laura Medina. 2019 [citado el 21 de julio de 2022]. Disponible en: <https://lauramedina.es/adultez-tardia/>
- 19.- Luis M. Cuidados En Enfermería. Baltimore, MD, Estados Unidos de América: Wolters Kluwer Health; 2016
- 20.- BBC News Mundo. Coronavirus: ¿cuál es la distancia de seguridad recomendable para evitar contagiarse de covid-19? BBC [Internet]. el 27 de marzo de 2020 [citado el 12 de noviembre de 2022]; Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-52006801>
- 21.- Lovo Javier. ¿Covid-19: son las medidas no farmacológicas la respuesta. Multimed [Internet]. 2021 Feb [citado 2022 Sep 20] ; 25(1): e1968. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182021000100016&lng=es. Epub 01-Ene-2021.
- 22.- Enfermería [Internet]. OPS.org. [citado el 14 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermeria>
- 23.- Precauciones y aislamientos en patología infecciosa [Internet]. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. [cited 2022 Oct 14]. Available from: <https://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es/informacion-general/calidad/precauciones-aislamientos-patologia-infecciosa>
- 24.- COVID-19 [Internet]. Gob.mx. [cited 2022 Oct 14]. Available from: <https://salud.edomex.gob.mx/salud/covid>
- 25.- Personas con discapacidad [Internet]. Gob.mx. [cited 2022 Oct 14]. Available from: <https://coronavirus.gob.mx/informacion-accesible/>



- 26.- Información básica sobre la COVID-19 [Internet]. Who.int. [cited 2022 Oct 14]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19>
- 27.- Casanova Romero I. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19. Enferm Investiga Investig Vincul Docencia Gest [Internet]. 2021 [citado el 12 de mayo de 2022];6(1):1. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/1020>
- 28.- Instituto Nacional de Geriátría [Internet]. Gob.mx. [citado el 12 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/envejecimiento.html>
- 29.- NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2021-2023. Editorial Elsevier. 2018. Sue Moorhead, Marion Johnson, Merodean L. Maas y Elizabeth Swanson. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Medición de Resultados en Salud, Barcelona España.
- 30.- Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman y cheryl M. Wagner. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Barcelona, España. Editorial Elsevier. 2013
- 31.- Sue Moorhead, Marion Johnson, Merodean L. Maas y Elizabeth Swanson. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Medición de Resultados en Salud, Barcelona España.
- 32.- COVID-19 IMSS [Internet]. Gob.mx. [cited 2022 Oct 19]. Available from: <http://www.imss.gob.mx/covid-19>
- 33.- Potter PA, Perry AG, Stockert PA, editores. Fundamentos de Enfermería. 9a ed. Elsevier; 2019.



34.- BUCK, Carol; "Después de Lalonde: La creación de la Salud", en: *Promoción de la Salud una Antología*. OPS, Publicación científica N° 557, Washington, D.C., USA, 1996, p. 6.

35.- Soledad y aislamiento social vinculados a afecciones graves [Internet]. Cdc.gov. 2021 [citado el 12 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/aging/spanish/features/lonely-older-adults.html>

36.- Torrades Oliva S. Aspectos neurológicos del envejecimiento. Offarm [Internet]. 2004 [citado el 31 de octubre de 2022];23(9):106–9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-aspectos-neurolgicos-del-envejecimiento-13067353>

37.- De Eguiluz L. Usos de la psicología positiva: Educación, salud, relaciones de pareja, adultos mayores, primera infancia, resiliencia, atención plena. Editorial Pax; 2019.

38.- Escala de Ramsay [Internet]. Enfermería Creativa. 2016 [citado el 11 de junio de 2022]. Disponible en: <https://enfermeriacreativa.com/2016/11/21/escala-de-ramsay/>

39.- Escala Rass [Internet] Enfermería Creativa. [citado el 11 de junio de 2022] Disponible en <http://www.cuidados-intensivos-sedar.es/manual-cuidados-intensivos/monitorizacion-de-la-sedacion-en-uci> .

40.- Aislamiento social. Elsevier.es. [citado el 12 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-aislamiento-social-soledad-que-podemos-S0212656716301809>

41.- Yárnoz, S. (2008). Adaptación al castellano de la escala para la evaluación de la soledad social y emocional en adultos SESLA-S. *International Journal of Psychology and psychological Therapy*, 8 (1), 103-116.

42.- 6 esferas del desarrollo humano . (Dakota del Norte). Afablemente. Recuperado el 13 de enero de 2023, de



<https://view.genial.ly/58dc7619ec4cd60274c8c454/interactive-content-6-esferas-del-desarrollo-humano>.

43.- ENTORNO. (Dakota del Norte). significado.net. Recuperado el 13 de enero de 2023, de <https://significado.net/entorno/>

44.- Hipoxemia [Internet]. Salud TMC. [citado el 29 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.tmcaz.com/health-library/symptoms/es/sym-20050930>

45.- Metabolismo (Rutas metabólicas) [Internet]. Kidshealth.org. [cited 2023 Jan 31]. Available from: <https://kidshealth.org/es/parents/metabolism.html>

46.- Medina-Espitia Óscar L., Mendoza-Beltrán Fernán, Anaya-Almanza Ana M., Molano-Salazar Óscar A.. COVID-19 y metabolismo: una mirada más allá del sistema respiratorio y de la enfermedad trombótica. Rev. Colomb. Cardiol. [Internet]. 2021 Aug [cited 2023 Jan 31] ; 28(4): 366-373. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332021000400366&lng=en. Epub Oct 18, 2021. <https://doi.org/10.24875/rccar.m21000067>.

47.- Academia cáncer del NCI [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2011 [cited 2023 Jan 31]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/sistema-nervioso-parasimpatico>

48.- Delirio [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2016 [citado el 28 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/delirio>

49- Martín C, M D. Actualización en la evaluación y tratamiento del delirio. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2018 [citado el 28 de enero de 2023];33(4):227–35. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-actualizacion-evaluacion-tratamiento-del-delirium-13011650>

50.- E. Palencia- Herrejon. Delirio en el paciente crítico. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Alarcos. Ciudad Real. España. Pp 77-91



51.- De Albacete CHU. Protocolo de Delirium en el anciano: Diagnóstico y manejo. Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete [Internet]. Chospab.es. [cited 2023 Jan 29]. Available from: https://www.chospab.es/area_medica/medicinainterna/PROTOCOLOS/delirium.htm

52. Tobar E, Romero C, Galleguillos T, Fuentes P, Cornejo R, Lira MT, et al. Método para la evaluación de la confusión en la unidad de cuidados intensivos para el diagnóstico de delirium: adaptación cultural y validación de la versión en idioma español. Med Intensiva [Internet]. 2010;34(1):4–13. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v34n1/original1.pdf>

53. González MS. OXIGENACIÓN Y TÉCNICAS DE MEDICIÓN [Internet]. Medigraphic.com. [cited 2023 Feb 24]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc162e.pdf>

72

54. del Pino-Sedeño T, Peñate y Juan Manuel Bethencourt W. La escala de valoración del estado de ánimo (EVEA): análisis de la estructura factorial y de la capacidad para detectar cambios en estados de ánimo1 [Internet]. Uhu.es. [cited 2023 Feb 24]. Available from: http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/72/6066/La_escala_de_valoracion_del_estado_de_animo.pdf



CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 64 años de edad, Casado, padre de familia, niega enfermedades cronicodegenerativas. No toxicomanías, alérgico a la penicilina. Pensionado desde hace 15 años, dedicado a la fotografía profesional desde hace más de 45 años. Con un peso de 75 kg y estatura de 1.80 cm. Pilar principal de una familia de 6 hijos y su esposa. Clase social media.

En casa solo viviendo con hija menor y esposa, los últimos 5 años siendo el sustento principal. Paciente totalmente independiente apegado a la religión. Por su oficio (fotografía) dedicando 4 días de la semana de 6 a 8 horas.

Caminata cada 3er día de una hora en los últimos 6 meses. 3 comidas al día. Ingesta suplementos como vitaminas (Calcio, vitamina C...), durmiendo de 7 a 8 Horas diarias. Esquema de vacunación completo para la edad. Hace referencia de no intervenciones quirúrgicas. Expresa el familiar que él tenía temor al contagio de la nueva enfermedad (COVID-19) por lo cual había dejado de trabajar, salir a cualquier lugar, en total asilamiento incluso con la familia cercana. Se mostraba preocupado por la falta de trabajo y restricciones de horarios de los comercios y servicios.

4 de septiembre del 2020

Ingresa al área de urgencias de un hospital particular (Triage Respiratorio) por presencia de tos seca, fiebre de 38.5°, astenia, adinamia, cefalea (6 EVA) con 6-7 días de evolución.

Se presenta con un habitus con edad aparente menor a la cronológica, con signos de cansancio palidez y facies de dolor, a la toma de signos vitales paciente con T/A 120/70 FC: 112 FR: 28 T°38.4 SPO2: 82%. Pasa a cubículo se le toman laboratorios de control BH: QS: ES: PCR: y permanece con vía periférica. Se le coloca oxigenoterapia mediante puntas nasales a 3 lts, se recupera rápido y mantiene en 96% de saturación. Continúa



con accesos de tos seca, se le administra paracetamol 1gr IV, y la temperatura disminuye a 36.8° se le toma Tomografía de Tórax. Paciente por signos y síntomas, cuadro de evolución se encuentra en periodo de incubación 6° día.

A la toma de prueba rápida covid-19 siendo resultado positivo. A las 6 horas posteriores pasa a área de hospitalización para pacientes con aislamiento por covid-19 para continuar con manejo médico de enfermería.

Familiar (Hija) comenta con el personal de enfermería la decisión de no decirle el resultado de la prueba positiva al paciente para evitar reacciones negativas por parte de él, por el temor antes referido.

En hospitalización se le inicia tratamiento inmediato.

Dexametasona	8 MG	IV	C/12	12 – 24
Colchicina	0.5 MG	VO	C/12	12 – 24
Azitromicina	500 MG	VO	C/24	18
Ceftriaxona	2 GR	IV	C/24	12
Baricitinib	4 MG	VO	C/12	18 – 6
Paracetamol	1 GR	IV	C/8	12 – 20 – 04
Omeprazol	40 MG	IV	C/12	7 – 19
Enoxoparina	80 MG	SC	C/12	10 – 22

Con 1000 de solución salina 0.9% + 1 amp. MVI (multivitamínico) para 24 horas.

6 de septiembre medico acude a visita y comunica al paciente de su prueba positiva ante COVID-19. Paciente continua estable 2 días posteriores a tratamiento, teniendo contacto al exterior mediante dispositivos electrónicos o teléfono con la familia. Paciente preocupado por su estancia dada la situación económica por atención privada. Y el haber estado inactivo ya meses atrás sin poder trabajar. Inquieto por el bienestar de su familia, refiriendo tener temor por llegarlos a contagiar, y muestra desesperación por el aislamiento previo que se



acentúa en el hospital,” Refiriendo sentirse una carga debido a que él nunca había tenido un internamiento previo”.

En el cual posterior a esto se le nota adinámico, poco cooperador, negando a pronarse , por periodos ansioso, además de dejar de comer desde su ingreso hospitalario, SPO2 en 85% por lo que se progresa a dispositivos de alto flujo de O2 (mascarilla reservorio) a 7 lts, con parcial mejoría de saturación 90%, con días de evolución sin poder conciliar el sueño.

Tres días posteriores comenzando con evacuaciones líquidas, abundantes, color amarillo, de 5 a 6 evacuaciones en 24 hrs. Se le inicia tratamiento para la diarrea posterior se agrega distensión abdominal por lo cual indica el médico suspende tratamiento (Baricitinib y colchicina).

Se denota un cambio en el estado de ánimo por lo que no desea abrir persianas, o prender algún tipo de dispositivo electrónico etc. Falta de interés en relación médico-paciente y la evolución de la enfermedad. Habla con su hija acerca de las preocupaciones sobre el exterior. (Familia, economía y estado de salud)

10 de septiembre disminuye distensión abdominal se coloca nuevamente puntas nasales a 5 litros, se reporta al médico que el paciente con datos de depresión y le indica tratamiento antidepresivo para casa Lorazepam ¼ tableta por la noche; se inicia trámite de alta domiciliaria.

Con una estancia hospitalaria del 4 de septiembre a 12 de septiembre. 12 de septiembre se le da alta domiciliaria. Con 9 días de estancia hospitalaria. 14 de septiembre en casa continua con O2 suplementario y tratamiento. Paciente aun con medidas de aislamiento en casa. Depresivo. 18 de septiembre inicia con datos de dificultad respiratoria, polipnea, diaforesis el familiar le coloca mascarilla reservorio a 15 litros no recuperando saturación de oxígeno en 83%, mientras es llevado al hospital al servicio de urgencias nuevamente. A la valoración médica se traslada a



la unidad de terapia intensiva (UCI) COVID-19. Colocando O₂ por cánula nasal de alto flujo FiO₂ al 50%, se monitoriza e inicia sedonalgesia consiente con precedex a dosis respuesta, se deja en prono y se le coloca sonda de drenaje urinario a derivación. Continúa con tratamiento intravenoso agregándose meropenem 1 gr c/8 hrs. y linezolid 600 mg c/12 hrs. Toma de glucosa capilar c/8 hrs.

20 de septiembre paciente con SPo₂ de 75% medico indica intubar por lo que la familia y paciente días antes deciden no intubar. Paciente días antes en casa ya había comentado a hija y esposa que “Ya no quiero más tubos”. Refugiando su fe en dios al recuperamiento de su paciente. Medico explica complicaciones y daño pulmonar avanzado y determinante. Paciente se mantiene con el mismo tratamiento. Mediante la escala **CAM-ICU** alteración de la conciencia -3 paciente con delirium

22 de septiembre del 2020 Familia acude mediante cristal de terapia intensiva a despedirse de él. Familia de religión católica. Deciden llevar sacerdote. Paciente con RASS de agitación y sedación en el paciente critico en -4. Sin movilización con saturación hasta de 35%. Paciente fallece 22 de septiembre del 2020 a las 23:20 hrs en ausencia de familiares los cuales acababan de retirarse del área hospitalaria.



Valoración por patrones funcionales

- **Antecedentes heredofamiliares**

Hermano con insuficiencia renal crónica

- **Antecedentes patológicos**

No enfermedades cronicodegenerativas

Alergia: Penicilina

Nutricional- Metabólico	• Peso: 75 kg posterior 65 kg • Talla: 1.80 • IMC: 23.1 • Distension abdominal • Palidez de tegumentos generalizada (++) • Llenado capilar de 2 seg. • Glicemia 185 mg/dl • Abdomen blando y depresible, con ruidos peristálticos de 11 x'.
Eliminación- Intercambio	• Diaforesis • Sonda Foley a derivación • Índice Urinario Oliguria • Orina amarillo claro • Diarrea 3-4 Evacuaciones Semilíquidas
Actividad- Reposo	• Semifowler • Cabecera 30°. • Se inicia con Puntas nasales hasta que se progresa a Cánula Nasal de Alto flujo con unidad Térmica. Fio2 50% • Disnea de mínimos esfuerzos • Dificultad respiratoria. • Patrón respiratorio anormal. • Hipoxemia. • Fatiga. • Taquipnea • Insomnio
Percepción- Cognición	• Rass -4 Sedoanalgesia



	• Escala CAM-ICU alteración de la conciencia -3 paciente con delirium • Apertura ocular al estímulo verbal. • Pupilas isocóricas • 2 mm/2mm • Reactivas a estímulo luminoso
Rol- Relaciones	• Casado • Aislamiento social desde semanas atrás antes de enterarse de su contagio. • Falta de interés en relación médico- paciente
Afrontamiento y tolerancia al estrés	• Renuente al tratamiento • No aceptaba posición prona • No desea abrir persianas, o prender algún tipo de dispositivo electrónico • Paciente niega intubación refiriendo "Ya no quiero más tubos". • " Refiriendo sentirse una carga debido a que él nunca había tenido un internamiento previo
Principios vitales	• Religión Católica • Apegado a la religión y fomentando su creencia.
Seguridad- Protección	• Paciente con diagnostico confirmado de COVID-19 • Heridas en puntos de presión en codos y talones
Confort	• Sin movilización con saturación hasta de 35%. Paciente fallece 22 de septiembre del 2020 a las 23:20 hrs en ausencia de familiares los cuales acababan de retirarse del área hospitalaria



Etiquetas diagnosticas por priorización

Etiquetas Diagnosticas	Dominio	Clase	Factor Relacionado	Manifestados
Deterioro del intercambio de gases (00030)	3 Eliminación e intercambio	4 Función Respiratoria	Patrón respiratorio ineficaz.	Alteración de la profundidad respiratoria.
Patrón Respiratorio Ineficaz (00032)	4 Actividad y reposo	4 Respuestas cardiovasculares/ Pulmonares	Ansiedad	Hipoxemia, Alteración de los movimientos torácicos, taquipnea.
Disminución de la tolerancia a la actividad (00298)	4 actividad y reposo	2 actividad y ejercicio	Desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno	Disnea por esfuerzo, síntomas depresivos, disconfort
Riesgo de compromiso de la dignidad humana (00174)	4 Actividad y reposo	2 Actividad y ejercicio	Comprensión inadecuada de la información de salud	
Desesperanza (00124)	6 Autopercepción	1 Auto concepto	Aislamiento social	Síntomas depresivos, expresa una esperanza disminuida, implicación inadecuada en el autocuidado.



Afrontamiento ineficaz (00069)	9 Afrontamiento / Tolerancia al estrés	2 Respuestas de afrontamiento	Recursos inadecuados de salud	Alteración en el patrón de comunicación, Fatiga, conducta destructiva hacia sí mismo.
Riesgo de confusión aguda (00173)	5 Cognición/ Percepción	4 Cognición	Infecciones, Preparaciones farmacéuticas	
Ansiedad (00146)	9 Afrontamiento/ Tolerancia al estrés	2 Respuestas de afrontamiento	Situación desconocida	Alteración del patrón respiratorio, estado de ánimo irritable, insomnio.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA CLÍNICA AVANZADA
ENFASIS EN CUIDADO CRÍTICO



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

“Respuesta del paciente con COVID – 19, el entorno cómo repercute en el proceso de su enfermedad.”



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: Deterioro del intercambio de gases

Dominio 03 Eliminación e intercambio	Clase 04 Función Respiratoria						
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)				RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Etiqueta diagnóstica: (00030) Deterioro del intercambio de gases Definición: Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono. Factor Relacionado: Patrón respiratorio ineficaz Manifestaciones clínicas: Alteración de la profundidad respiratoria, Hipoxemia, Estado de ánimo cambiante.				Dominio: 2 Salud fisiológica Clase: E Cardiopulmonar Resultado: Perfusión tisular: pulmonar	[40821] Saturación de oxígeno [40824] Intercambio gaseoso alterado [40814] Ritmo respiratorio	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	Mantener a: 2 Aumentar a: 3



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

DOMINIO: 2 Fisiológico complejo CLASE: K Control Respiratorio INTERVENCIONES (NIC): Manejo de la vía aérea (3140)			Justificación	
ACTIVIDADES			ACTIVIDADES	
- Colocar al paciente para maximizar el potencial de ventilación. - Realizar fisioterapia torácica, si está indicado. - Eliminar las secreciones fomentando la tos o mediante succión. - Fomentar una respiración lenta y profunda, girándose y tosiendo. - Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios. - Administrar aire u oxígeno humidificados, según corresponda. - Regular la ingesta de líquidos para optimizar el equilibrio hídrico. - Colocar al paciente en una posición que alivie la disnea. - Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, según corresponda.			- Se indicaba posición prona para la expansión pulmonar. - Administración de oxígeno inicial con puntas nasales que se fue progresando debido a la complicación pulmonar posterior a mascarilla reservorio y terminando mediante cánula nasal de alto flujo. - Indicación de fisioterapia pulmonar para ayudar a expulsar secreciones. - Ruidos respiratorios Estertores presentes. - Monitorización respiratoria continua.	



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: Riesgo de compromiso de la dignidad humana.

Dominio 06 Autopercepción.	Clase 01 Auto concepto						
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)				RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<u>Etiqueta diagnóstica:</u> (00174) Riesgo de compromiso de la dignidad humana. <u>Definición:</u> Susceptible a una percepción de pérdida del respeto y del honor, que puede comprometer la salud. <u>Factor Relacionado:</u> Comprensión inadecuada de la información de salud				Dominio: 3 Salud psicosocial Clase: M Bienestar psicológico Resultado: Conciencia de uno mismo	(121520) Expresa sentimientos a los demás. (121521) Reflexiona sobre las interacciones con los demás. (121513) Es consciente de las señales internas de las situaciones.	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	Mantener a: Aumentar a:



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

DOMINIO: 5 Familia CLASE: X Cuidados durante la vida INTERVENCIONES (NIC): Fomentar la implicación familiar (7110)			Justificación	
ACTIVIDADES			ACTIVIDADES	
- Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado. - Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente. - Determinar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal. - Identificar las preferencias de los miembros de la familia para implicarse con el paciente. - Animar a los miembros de la familia y al paciente a ayudar a desarrollar un plan de cuidados, incluidos los resultados esperados y la implantación del plan de cuidados. - Observar la implicación de los miembros de la familia en el cuidado del paciente. - Proporcionar información crucial a los miembros de la familia sobre el paciente de acuerdo con los deseos de este último. - Proporcionar el apoyo necesario para que la familia tome decisiones informadas. - Reconocer y respetar los mecanismos de afrontamiento utilizados por la familia.			- Línea 1.- y 4. UCI de Puertas Abiertas y Participación de Familiares. Se trata de que el personal de salud ayude a concientizar y hacer partícipes a los familiares en la atención e incluso en los cuidados. Capítulo X de la tesina mencionada. - Fomentar las redes de apoyo que se definen como un conjunto de relaciones que integran a una persona con su entorno social, o con personas con las que establecen vínculos solidarios y de comunicación para resolver necesidades específicas. - Red de apoyo primaria que se conforman por la familia y amigos. Capítulo XVI redes de apoyo. - Redes de apoyo a nivel emocional. Capítulo XVI, en el cual se profundiza en su totalidad la importancia de brindar la red.	



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

DOMINIO: 3 Conductual Clase: R ayuda para el afrontamiento. INTERVENCIONES (NIC):) Mejorar el Afrontamiento (5230)			Justificación
ACTIVIDADES			ACTIVIDADES
- Estimular la implicación familiar, según corresponda. - Ayudar al paciente a afrontar el duelo y superar las pérdidas causadas por la enfermedad y/o discapacidad crónica, si es el caso. - Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles. - Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades. - Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos. - Fomentar la identificación de valores vitales específicos. - Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente (enfado o depresión). - Animar al paciente a desarrollar relaciones. - Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. - Proporcionar al paciente opciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados.			- En los adultos mayores, los cambios en la vida pueden aumentar el riesgo de alguna alteración o llevar a que la depresión empeore aún más. Donde se enfatiza en los cambios en el adulto mayor en el ámbito a nivel emocional en el capítulo XV. 15.6. - Fomentar las redes de apoyo que se definen como un conjunto de relaciones que integran a una persona con su entorno social, o con personas con las que establecen vínculos solidarios y de comunicación para resolver necesidades específicas. Capítulo XVI. - Se presenta en la etapa de adultez tardía esta etapa es sinónimo de soledad y aislamiento, así como problemas de salud física y mental. Capítulo XI. 11.4



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: Desesperanza

Dominio 06 Autopercepción	Clase: 1 Autoconcepto						
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)				RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Etiqueta diagnóstica: (00124) Desesperanza				Dominio: 3 Salud psicosocial	(120104) Expresión de razones para vivir	1. Gravement e comprometid o	Mantener a : Aumentar a :
Definición: La sensación de que uno no experimentará emociones positivas o una mejora en su condición.				Clase: M Bienestar psicológico	(120111) Demostración de entusiasmo por la vida.	2. sustancialm ente comprometid o.	
Factor Relacionado: Aislamiento social, Apoyo social inadecuado, Temor.				Resultado: Esperanza	(120114) Utiliza el apoyo social.	3. Moderadam ente comprometid o.	
Manifestaciones Clínicas: Síntomas depresivos, Disminución de la Verbalización, Expresa una esperanza disminuida, implicación inadecuada en el autocuidado.					(120111) Demostración de entusiasmo por la vida.	4. Levemente comprometid o.	
						5. No comprometid o	



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Dominio: 3 Conductual

Clase: R Ayuda al afrontamiento

INTERVENCIONES (NIC): Apoyo Emocional (5270)

Justificación

ACTIVIDADES			ACTIVIDADES		
- Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones. - Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo. - Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. - Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. - Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. - Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad. - Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del duelo.			- Esta multiplicidad de pérdidas que limitan la autonomía e independencia del adulto mayor y lo instauran en una posición social pasiva, en cierto grado excluyente, exponen al anciano a estados de dolor, aflicción y crisis por la pérdida de la identidad. Capítulo XI. 11.4 Adultez Tardía. - Este compromiso ha de ser un factor motivador esencial en el proceso de cuidado. La calidad de las intervenciones de la enfermera se basa en la participación de la enfermera-persona y del paciente-persona y en el conocimiento amplio del comportamiento humano, sus respuestas, sus necesidades, sus fuerzas y límites. Un saber reconfortar, tener compasión y empatía. Capítulo VIII. 8.1		



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Dominio: 3 Conductual

Clase: R Ayuda al afrontamiento

INTERVENCIONES (NIC): Apoyo Emocional (5330)

Justificación

ACTIVIDADES			ACTIVIDADES		
- Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento. - Determinar si el paciente supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás. - Ayudar con el autocuidado, si es necesario. - Controlar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente de acuerdo con las necesidades del paciente. - Ayudar al paciente a identificar los pensamientos y sentimientos subyacentes al estado de ánimo disfuncional. - Enseñar nuevas técnicas de afrontamiento y de resolución de problemas. - Administrar medicamentos estabilizadores del estado de ánimo (antidepresivos, litio, antipsicóticos, ansiolíticos, hormonas y vitaminas).			- Tratamiento no Farmacológico de paciente covid-19 Aislamiento hospitalario y domiciliario, Ingesta de líquidos, Posición Prono, Ejercicios respiratorios, El lavado de manos y la desinfección frecuente de superficies, Uso de Cubrebocas. - El riesgo de mortalidad prematura aumenta un 26% en personas que sienten soledad, un 29% en personas con aislamiento social y un 32% en las que viven solas. - Fomentar las redes de apoyo que se definen como un conjunto de relaciones que integran a una persona con su entorno social, o con personas con las que establecen vínculos solidarios y de comunicación para resolver necesidades específicas. Capítulo XVI.		



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: Afrontamiento Ineficaz

Dominio: 9 Afrontamiento/	Clase: 2 Respuestas de						
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)			RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
<u>Etiqueta diagnóstica:</u> Afrontamiento Ineficaz (00069) <u>Definición:</u> Patrón de valoración no válida de factores estresantes, con esfuerzos cognitivos y/o de comportamiento, que no logra manejar las demandas relacionadas con el bienestar. <u>Factor Relacionado:</u> Apoyo social inadecuado, recursos inadecuados de salud, Preparación inadecuada para el factor estresante. <u>Manifestaciones Clínicas:</u> Alteración en el patrón de comunicación, Fatiga, conducta destructiva hacia sí mismo.			Dominio: 3 Salud psicosocial Clase: N Adaptación psicosocial Resultado: Aceptación: estado de salud	(130008) Reconoce la realidad de la situación de salud. (130007) Expresa disminución de la necesidad de verbalizar sentimientos sobre la salud. (130017) Se adapta al cambio en el estado de salud	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	Mantener a : Aumentar a :	

90



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Dominio: 3 Conductual				Justificación			
Clase: R Ayuda al afrontamiento							
INTERVENCIONES (NIC): Aumentar los sistemas de apoyo (5440)							
ACTIVIDADES				ACTIVIDADES			
- Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos. - Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes. - Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo. - Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y de apoyo. - Implicar a la familia/allegados/amigos en los cuidados y la planificación. - Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar. - Observar la situación familiar actual y la red de apoyo.				- El 'Cuidado Humanizado' es un tratamiento especial que brinda el personal de salud de un hospital a los pacientes críticos o gravemente enfermos, Lo que hace que el paciente se vuelva más cooperador e involucrarse más en el tratamiento y seguimiento de su enfermedad de igual manera haga participe a la familia. Capítulo VIII. Cuidado humanizado. - Fomentar las redes de apoyo que se definen como un conjunto de relaciones que integran a una persona con su entorno social, o con personas con las que establecen vínculos solidarios y de comunicación para resolver necesidades específicas. Capítulo XVI. - El aislamiento social aumenta significativamente el riesgo de una persona de morir prematuramente por otras causas posibles con alta mortalidad. Capítulo VII. 7.1.			



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Dominio: 4 Seguridad Clase: V control de riesgos INTERVENCIONES (NIC): Aislamiento (6630)			Justificación
ACTIVIDADES			ACTIVIDADES
- Explicar el procedimiento, propósito y período de tiempo de la intervención al paciente y sus allegados en términos comprensibles y no punitivos. - Acordar con el paciente (si el paciente está capacitado) que mantenga el control de la conducta. - Ayudar con las necesidades relacionadas con la nutrición, eliminación, hidratación e higiene personal. - Proporcionar un nivel adecuado de supervisión/vigilancia para controlar al paciente y para permitir las acciones terapéuticas, según sea necesario. - Proporcionar alivio psicológico al paciente, si es necesario. - Hacer saber periódicamente nuestra presencia al paciente. - Vigilar la temperatura, limpieza y seguridad de la zona de aislamiento. - Determinar la necesidad del paciente de continuar con el aislamiento..			- Identificar los días determinantes que permanece el virus en nuestro cuerpo y hasta cuando se tiene que llevar acabo el aislamiento. En esto entra el Tratamiento Farmacológico, no Farmacológico del COVID-19. Tomando en cuenta los procesos de transmisión del virus. Capitulo V. 5.4, 5.5 Y 5.7. - El coronavirus se transmite de persona a persona cuando alguien con el virus tose o estornuda. Capitulo V. 5.7 - El aislamiento hospitalario implementado para prevenir la diseminación de microorganismos entre el paciente, personal de salud, visitantes y equipos. Capitulo VII. - El riesgo de mortalidad prematura aumenta un 26% en personas que sienten soledad, un 29% en personas con aislamiento social y un 32% en las que viven solas. Capitulo VII. 7.1



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: Riesgo de Confusión aguda

Dominio: 5 Percepción/ Cognición	Clase: 4 Cognición						
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)				RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Etiqueta diagnóstica: Riesgo de Confusión aguda (00173) Definición: Susceptible a la aparición de trastornos reversibles de la conciencia, la atención, el conocimiento y la percepción que se desarrollan en un corto período de tiempo, que pueden comprometer la salud. Factor Relacionado: Infecciones, Preparaciones farmacéuticas. Población de riesgo: Mayores de 60 años, Hombres.				Dominio: 2 Salud Física Clase: AA Respuesta Terapéutica Resultado: Respuesta a la medicación	[230101] Efectos terapéuticos esperados presentes. [230106] Efectos adversos [230107] Interacción medicamentos a. [230113] Efectos adversos conductuales	1. Gravemente comprometido 2. sustancialme nte comprometido 3. Moderadame nte comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	Mantener a : 3 Aumentar a : 4



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Dominio: 2 fisiológico- complejo				JUSTIFICACIÓN			
Clase: H control de Fármacos							
INTERVENCIONES (NIC): Manejo de la medicación (2380)							
ACTIVIDADES				ACTIVIDADES			
- Determinar cuáles son los fármacos necesarios y administrarlos de acuerdo con la autorización para prescribirlos y/o el protocolo. - Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. - Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos. - Explicar al paciente y/o a los familiares la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación. - Desarrollar estrategias para controlar los efectos secundarios de los fármacos. - Revisar con el paciente las estrategias para controlar el régimen de medicación. - Facilitar los cambios de medicación con el médico, si procede.				- El delirio es un estado mental de confusión que incluye cambios en la conciencia, en pensamientos, juicio, patrones de sueño, y de conducta. La mayoría de los episodios de delirio son causados por efectos adversos de fármacos o por deshidratación y pueden revertirse si llegan a tratarse. - Algunos de los fármacos que predisponen el delirio son benzodiacepinas, antihistamínicos, cefalosporinas, corticoesteroides.			



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Dominio: 4 seguridad				JUSTIFICACIÓN	
Clase: V control de riesgos					
INTERVENCIONES (NIC): Manejo del delirio (6440)					
ACTIVIDADES				ACTIVIDADES	
- Identificar los factores etiológicos que causan delirio (p. ej., comprobar la saturación de oxígeno de la hemoglobina). - Poner en marcha terapias para reducir o eliminar los factores causantes del delirio. - Identificar y documentar el subtipo motor del delirio (p. ej., hipoactivo, hiperactivo y mixto). - Monitorizar el estado neurológico de forma continua. - Reconocer los miedos y sentimientos del paciente. - Proporcionar una seguridad optimista pero realista. - Proporcionar información al paciente sobre lo que sucede y lo que puede esperar que suceda en el futuro. - Fomentar las visitas de allegados, según corresponda. - Mantener un ambiente bien iluminado que reduzca los contrastes marcados y las sombras. - Ayudar en las necesidades relacionadas con la nutrición, excreción, hidratación e higiene personal. - Informar al paciente sobre persona, tiempo y lugar, si es necesario. - Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción.				- Las infecciones son predisponentes para causar algún tipo de delirio en los pacientes. - Infecciones: Principalmente broncopulmonares y urinarias son una de las causas más frecuentes, encontrada en un 25-50% de los cuadros confusionales. - Metabólicas: Estados de deshidratación, hiponatremia e hipoxemia. - Identificando en nuestro caso clínico un delirio Mixto: El paciente cambia una y otra vez entre delirio hipoactivo y delirio hiperactivo.	



APENDICES



PROPUESTA DE VALORACIÓN

El paciente ante una situación estresante como lo fue el virus (COVID-19) se vieron afectados estos principales patrones, de los cuales se tiene que valorar lo siguiente:

El delirium es común en la UCI y debería valorarse diariamente en todos los pacientes críticos con un RASS de -2 a + 4 Existen factores de riesgo que predisponen a la aparición de delirio como: edad avanzada, enfermedad crónica previa (HTA), disfunción cognitiva o psiquiátrica previa, severidad de la enfermedad, cirugía urgente, coma, abuso de drogas (alcohol, tabaco), sedación prolongada, síndrome de privación de benzodiazepinas y opiáceos, interacciones farmacológicas, acidosis, fallo multiorgánico, inmovilización prolongada o deshidratación, entre otros.



Nombre			
Edad			
Sexo			
Ocupación			
Enfermedades Cronicodegenerativas			
Alergias			
	SI	NO	Puntuación de escalas
Infección reciente, nueva o actual			
Ingesta de medicamento nuevo en los últimos días			
Cardiopulmonar			
Paciente con hipertensión			
Paciente con Taquicardia			
Paciente con Polipnea			
Paciente con dificultad para respirar			
Cognitivo			
Paciente con ansiedad			
Paciente irritable o inquieto			
Paciente con cefalea			
Paciente con dilatación de pupilas			
Paciente con Dificultad para seguir instrucciones o conversación			
Nutricional Metabólico			
Paciente ha estado con intolerancia a la vía oral			
Paciente ha perdido peso en los últimos días			
Escalas de Valoración			
Escala RASS			
Escala CAM - ICU			

Interpretación

Comienzo agudo de delirium	Delirium Intermitente	Delirium
Puntuación de 3 a 5 Respuestas afirmativas	de 6 a 10	Más de 10



APENDICES A



99

Figura 1.0 Paciente COVID-19 a los dos días de iniciar su tratamiento en hospital. Fotografía reproducida con permiso de Familiar. Claudia Ríos. Septiembre 2020.



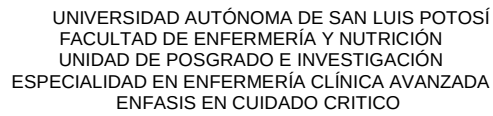


Figura 1.1 Paciente COVID-19 Continuando tratamiento con alta domiciliaria.
Fotografía reproducida con permiso de Familiar. Claudia Ríos. Septiembre 2020.



Figura 1.2 Paciente COVID-19 Reingreso al área de urgencias con traslado a terapia intensiva covid-19 por la gravedad del paciente. Fotografía reproducida con permiso de Familiar. Claudia Ríos. Septiembre 2020.



APENDICES B

ESCALAS

Escala RAMSAY

La Escala de Ramsay herramienta subjetiva para medir el nivel de sedación al que se puede someter a un paciente. Michael Ramsay fue el médico estadounidense que desarrolló en 1974 la escala que lleva su nombre. La más empleada para medir el grado de sedación de los pacientes en el ámbito de la Medicina. Teniendo como objetivo controlar el nivel de sedación de un paciente para evitar que su aplicación sea insuficiente o excesiva.³⁸

Valoración del estado de sedación del paciente		
ESCALA DE RAMSAY		
@Creative_Nurse		
NIVEL	CARACTERÍSTICAS	
1		 Despierto, ansioso y agitado, no descansa
2		 Despierto, cooperador, orientado y tranquilo
3		 Dormido con respuesta a órdenes
4		  Somnoliento con breves respuestas a la luz y el sonido
5		 Dormido con respuesta sólo al dolor
6		   Profundamente dormido sin respuesta a estímulos



Escala RASS (Richmond agitation sedation scale)

De agitación y sedación en paciente crítico. Escala utilizada para evaluar el grado de sedación y agitación de un paciente con necesidad de cuidados críticos o está bajo agitación psicomotora. Consiste en un método de evaluación de la agitación o la sedación de los pacientes que utilizan tres pasos claramente definidos que determinan una puntuación que oscila -5 a +4. La escala RASS fue desarrollada en el año 2012 por un grupo multidisciplinario en la Universidad de Richmond en Virginia, Estados Unidos.³⁹





Escala de SOLEDAD SOCIAL ESTE II

La Escala de Soledad Social Este II que presentamos pretende ser la continuidad de la Escala Este I, creada en 1999 por Rubio y Aleixandre (Rubio y Aleixandre, 1999; Rubio, 2000; Rubio y Aleixandre, 2001) a través de un proyecto de Investigación con IMSERSO, y recientemente revisada y actualizada (Rubio, Pinel y Rubio, 2010).⁴¹

La Escala Este I mide cuatro factores (Soledad conyugal, soledad familiar, soledad existencial y soledad social), mientras que la Escala Este II se centra en profundidad en el factor de Soledad Social.⁴¹

Los tres componentes extraídos contienen, en resumen, los siguientes ítems, y podrían denominarse de la siguiente manera:

- Percepción de apoyo social (Factor 1): ítems 1, 5, 6, 8, 9, 10, 11 y 12.
- Uso de nuevas tecnologías (Factor 2): ítems 15, 16 y 17.
- Índice de participación social subjetiva (Factor 3): ítems 4, 7, 13 y 14.



Factor 1: Percepción de Apoyo Social			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. ¿Vd. tiene a alguien con quien puede hablar de sus problemas cotidianos?	0	1	2
2. ¿Cree que hay personas que se preocupan por usted?	0	1	2
3. ¿Tiene amigos o familiares cuando le hacen falta?	0	1	2
4. ¿Siente que no le hacen caso?	2	1	0
5. ¿Se siente triste?	2	1	0
6. ¿Se siente usted solo?	2	1	0
7. ¿Y por la noche, se siente solo?	2	1	0
8. ¿Se siente querido?	0	1	2
Factor 2: Uso de Nuevas tecnologías			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
9. ¿Utiliza Ud. el teléfono móvil?	0	1	2
10. ¿Utiliza Ud. el ordenador (consola, juegos de la memoria)?	0	1	2
11. ¿Utiliza Ud. Internet?	0	1	2
Factor 3: Índice de Participación social subjetiva			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
12. Durante la semana y los fines de semana ¿le llaman otras personas para salir a la calle?	0	1	2
13. ¿Le resulta fácil hacer amigos?	0	1	2
14. ¿Va a algún parque, asociación, hogar del pensionista donde se relacione con otros mayores?	0	1	2
15. ¿Le gusta participar en las actividades de ocio que se organizan en su barrio/pueblo?	0	1	2
PUNTUACIÓN EN SOLEDAD SOCIAL _____ Pts.			

104

La puntuación total de la escala oscila entre 0 y 30 puntos y se obtiene mediante la suma de la puntuación en cada uno de los ítems.⁴¹

Niveles de puntuación en la escala ESTE II

Soledad Social	
NIVELES	PUNTUACIÓN
Bajo	0 a 10 puntos
Medio	11 a 20 puntos
Alto	21 a 30 puntos



Escala CAM-ICU

Instrumento mejor validado para establecer el diagnóstico de dicha patología en pacientes hospitalizados en cuidados intensivos.⁵²

Método de evaluación de confusión mental en la UTI

(Confusion Assessment Method in the ICU – CAM-ICU)



105



La Escala de Valoración del Estado de Ánimo [EVEA, Sanz, J. (2001). Análisis y Modificación de Conducta, 27, 71-110] es un instrumento diseñado para evaluar cuatro estados emocionales de carácter situacional con entidad clínica (depresión, ansiedad, hostilidad y alegría), de carácter situacional.⁵⁴