

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN
Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**SEGUIMIENTO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES
ADULTOS HOSPITALIZADOS POR COVID-19, EN LA UNIDAD DE TERAPIA
INTENSIVA, HOSPITAL OBRERO N°1, LA PAZ, BOLIVIA, GESTIÓN 2020**

POSTULANTE: Lic. Nilda Gonzales Romero.

TUTORA: Dra. Ms C. Sheila Fabiola Rodríguez Hernández.

**TESIS DE GRADO PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAGISTER
SCIENTIARUM EN MEDICINA CRÍTICA Y TERAPIA INTENSIVA**

**LA PAZ – BOLIVIA
2021**

DEDICATORIA

La presente investigación va dedicada a mi amada familia, por el amor incondicional que me brindan en todo momento.

AGRADECIMIENTO

Agradezco mucho a mi tutora Dra. Sheila Rodríguez por su apoyo, también a la Universidad Mayor de San Andrés por permitirme superarme. Asimismo, agradezco a todas las personas que colaboraron en la investigación, gracias...

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN.....	3
2.1. Antecedentes	3
2.2. Justificación	14
III. MARCO TEÓRICO.....	16
3.1. Enfermedad COVID-19	16
3.1.1. Virología	17
3.1.2. Epidemiología.....	18
3.1.3. Transmisión.....	19
3.1.4. Manifestaciones clínicas frecuentes	20
3.1.5. COVID-19 en grupos de riesgo	20
3.1.6. COVID-19 en Bolivia	22
3.2. Cuidados de Enfermería	22
3.2.1. Control de signos vitales	23
3.2.2. Criterios para el ingreso de un paciente en la UTI	24
3.2.3. Prioridades para el ingreso a la UTI	26
3.2.4. Monitorización de la saturación de oxígeno y administración de oxigenoterapia	27
3.2.5. Detección precoz de agravamiento clínico y actuación	27
3.2.5.1. Bioseguridad en áreas críticas	28
3.2.6. Terapia respiratoria en pacientes COVID-19.....	29
3.2.7. Recomendaciones para el uso de oxígeno de alto flujo	31

3.2.8.	Ventilación mecánica no invasiva.....	32
3.2.9.	Consideraciones durante la intubación en pacientes graves con COVID-19	32
3.2.10.	Control de la temperatura.....	33
3.2.11.	Preparación del Alta	33
3.3.	Registros clínicos de enfermería.....	34
3.3.1.	Objetivos de los registros de enfermería	35
3.3.2.	Importancia de los registros de enfermería	36
3.3.3.	Características de los registros de enfermería	37
3.3.4.	Análisis SOAPIE de enfermería.....	38
3.4.	Marco Contextual	39
3.4.1.	Unidad de Terapia Intensiva.....	40
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	42
4.1.	Formulación del problema.....	43
V.	OBJETIVOS.....	44
5.1.	Objetivo General	44
5.2.	Objetivos Específicos.....	44
VI.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	45
6.2.	Tipo de estudio	45
6.3.	Área de estudio.....	46
6.4.	Universo y muestra	46
6.4.1.	Muestra	46
6.5.	Criterios de inclusión y exclusión	47
6.5.1.	Criterios de inclusión	47

6.5.2. Criterios de exclusión	47
6.6. Variables	47
6.7. Operacionalización de Variables.....	49
6.8. Técnicas y procedimientos: métodos, técnicas e instrumentos	51
VII. RESULTADOS	53
VIII. DISCUSIÓN	77
IX. CONCLUSIONES.....	79
X. RECOMENDACIONES.....	82
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
XII. ANEXOS	91

ÍNDICE DE CUADROS

	PÁG.
Cuadro N° 1 Operacionalización de variables.....	49
Cuadro N° 2 Distribución porcentual según enfermedades de base de pacientes COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020	56
Gráfico N° 10 Cuadro N° 3 Distribución porcentual según datos objetivos (Cardiovascular) en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020	63
Cuadro N° 4 Resumen del procesamiento de los casos para el cálculo de Alpha de Cronbach	74
Cuadro N° 5 Estadísticos de fiabilidad Alpha de Cronbach	74
Cuadro N° 6 Cálculo individual del Alpha de Cronbach	75
Cuadro N° 7 Distribución porcentual según sexo de los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020	101
Cuadro N° 8 Distribución porcentual según edad de los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión del 2020	101
Cuadro N° 9 Distribución porcentual según comorbilidad de los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020	101
Cuadro N° 10 Distribución porcentual según forma de diagnóstico de los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020	102

Cuadro N° 11 Distribución porcentual según estancia hospitalaria en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020	102
Cuadro N° 12 Distribución porcentual según funciones vitales en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020	102
Cuadro N° 13 Distribución porcentual según datos subjetivos en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020	103
Cuadro N° 14 Distribución porcentual según datos Objetivos (Neurológico) en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020.....	103
Cuadro N° 15 Distribución porcentual según datos Objetivos (Respiratorio) en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020.....	103
Cuadro N° 16 Distribución porcentual según datos objetivos (Cardiovascular) en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020	104
Cuadro N° 17 Distribución porcentual según datos objetivos (Digestivo) en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020	104
Cuadro N° 18 Distribución porcentual según datos objetivos (Renal) en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020	104
Cuadro N° 19 Distribución porcentual según datos objetivos (Músculo esquelético) en pacientes adultos hospitalizados por COVID-	

19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020	105
Cuadro N° 20 Distribución porcentual según datos de análisis o diagnóstico en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020.....	105
Cuadro N° 21 Distribución porcentual según datos de planificación para los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020	105
Cuadro N° 22 Distribución porcentual según datos de intervención para los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020	106
Cuadro N° 23 Distribución porcentual según datos de evaluación para los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020	106
Cuadro N° 24 Distribución porcentual según datos de administración de medicamentos para los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020	106
Cuadro N° 25 Distribución porcentual según datos medidas de bioseguridad para el cuidado de los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020	107
Cuadro N° 26 Distribución porcentual según datos de mortalidad en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020	107

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	PÁG.
Gráfico N° 1 Distribución porcentual según sexo de los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020	53
Gráfico N° 2 Distribución porcentual según edad de los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020	54
Gráfico N° 3 Distribución porcentual según comorbilidad de los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020	55
Gráfico N° 4 Distribución porcentual según forma de diagnóstico de los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020	57
Gráfico N° 5 Distribución porcentual según estancia hospitalaria en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020	58
Gráfico N° 6 Distribución porcentual según funciones vitales en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020	59
Gráfico N° 7 Distribución porcentual según datos subjetivos en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020	60
Gráfico N° 8 Distribución porcentual según datos Objetivos (Neurológico) en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020	61

Gráfico N° 9 Distribución porcentual según datos Objetivos (Respiratorio) en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020	62
Gráfico N° 10 Cuadro N° 3 Distribución porcentual según datos objetivos (Cardiovascular) en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020.....	63
Gráfico N° 11 Distribución porcentual según datos objetivos (Digestivo) en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020	64
Gráfico N° 12 Distribución porcentual según datos objetivos (Renal) en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020	65
Gráfico N° 13 Distribución porcentual según datos objetivos (Músculo esquelético) en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020	66
Gráfico N° 14 Distribución porcentual según datos de análisis o diagnóstico en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020	67
Gráfico N° 15 Distribución porcentual según datos de planificación para los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020	68
Gráfico N° 16 Distribución porcentual según datos de intervención para los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020	69
Gráfico N° 17 Distribución porcentual según datos de evaluación para los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020	70

Gráfico N° 18 Distribución porcentual según datos de administración de medicamentos para los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020.....	71
Gráfico N° 19 Distribución porcentual según datos medidas de bioseguridad para el cuidado de los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020.....	72
Gráfico N° 20 Distribución porcentual según datos de mortalidad en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020	73
Gráfico N° 21 Cálculo individual del Alpha de Cronbach	75

RESUMEN

La presente investigación se llevó a cabo en el Hospital Obrero N°1, de la ciudad de La Paz, con el objetivo de analizar el seguimiento de los cuidados de enfermería en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, La Paz, Bolivia, gestión 2020. La metodología que se utilizó fue de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y diseño retrospectivo, para la recolección de datos se utilizó un formulario diseñado con las variables de investigación, durante los meses de julio y agosto de la gestión 2020. Los resultados más relevantes mostraron que el 73% fueron del sexo masculino, el 40% tenían más de 50 años, el 47% presentaba comorbilidad, el 100% se sometió a la prueba PCR para identificar el COVID-19. Respecto al tiempo de estancia, el 47% tenía entre 11 a 15 días. Entre las funciones vitales de los pacientes, casi el 100% fueron registrados, en cuanto a los datos subjetivos, el 87% fueron precisos, en los datos objetivos neurológicos, el 73% fueron precisos, el 27% incompletos, en los cuidados respiratorios, el 87% fueron precisos, en los cuidados Cardiovasculares, el 87% fueron precisos, en los cuidados Músculo esquelético, el 33% fueron precisos, el 60% incompletos, en el Análisis, el 67% fueron ambiguos, en cuanto a la planificación, el 80% fueron incompletos, en la Intervención, el 100% incompletos. En la Evaluación, el 60% incompletos. Respecto a la administración de medicamentos, el 100% completo. Las medidas de bioseguridad, el 67% fueron registrados, el 27% fue transferido y el, 73% falleció. Se concluye que existe debilidad en el registro del seguimiento de los cuidados de enfermería en el paciente adulto COVID-19. Por ello, se diseñó una guía para mejorar la anotación de los registros de enfermería.

PALABRAS CLAVES

Cuidados de enfermería, Pandemia COVID–19 - Cuidados Intensivos.

ABSTRACT

This research was carried out at Hospital Obrero N ° 1, in the city of La Paz, with the aim of analyzing the monitoring of nursing care in adult patients hospitalized for COVID-19 in the Intensive Care Unit, Hospital Obrero N ° 1, La Paz, Bolivia, management 2020. The methodology that was used was a quantitative approach, descriptive and retrospective design, for data collection a form designed with the research variables was used, during the months of July and August of the 2020 management. The most relevant results showed that 73% were male, 40% were over 50 years old, 47% had comorbidity, 100% underwent the PCR test to identify COVID -19. Regarding the length of stay, 47% had between 11 and 15 days. Among the vital functions of the patients, almost 100% were registered, in terms of subjective data, 87% were accurate, in neurological objective data, 73% were accurate, 27% incomplete, in respiratory care, 87% were accurate, in Cardiovascular care, 87% were accurate, in Musculoskeletal care, 33% were accurate, 60% incomplete, in Analysis, 67% were ambiguous, regarding planning, 80% were incomplete, in the Intervention, 100% incomplete. In the Evaluation, 60% incomplete. Regarding the administration of medications, 100% complete. The biosecurity measures, 67% were registered, 27% were transferred and 73% died. It is concluded that there is weakness in the registry of nursing care monitoring in the adult COVID-19 patient. Therefore, a guide was designed to improve the annotation of nursing records.

KEY WORDS

Nursing care, COVID – 19 Pandemic - Intensive Care.

I. INTRODUCCIÓN

La enfermería se centra fundamentalmente en el cuidado de la salud y de la vida, a esa pretensión tan enorme se encaminan los esfuerzos y trabajos que realiza el profesional de enfermería. La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración que prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados a los enfermos con capacidades diferentes y personas moribundas.¹

Debido al gran campo de acción de la enfermería se incluye un sin número de acciones y procedimientos que realiza el profesional de enfermería para el cuidado del paciente. En palabras de Watson la enfermería consiste en conocimiento, pensamiento, valores, filosofía, compromiso y acción, con un alto grado de pasión; asimismo las enfermeras se interesan por comprender la salud y la enfermedad, fomentar y restablecer la salud y prevenir la enfermedad.²

En la actualidad, el mundo entero atraviesa una pandemia debido al llamado coronavirus tipo 2 del Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS-CoV2, por sus siglas en inglés), esta infección se propagó rápidamente, incrementando el número de pacientes infectados; en 11 de marzo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), declaró pandemia del COVID-19.³ Los reportes mundiales afirman que el 14.2% al 30% de los pacientes hospitalizados por COVID-19 ingresan a la Unidad de Terapia Intensiva⁴ y el 90% requiere intubación y soporte ventilatorio.⁵

Ante esta situación, el personal médico se enfrentó a grandes retos, al asistir a los pacientes, el personal de enfermería tuvo que doblar sus esfuerzos para dar respuesta las necesidades de la población. Los cuidados de enfermería en el paciente COVID-19, son fundamentales para su pronta recuperación, los casos de COVID-19 pueden presentar cuadros graves y reconocer los signos y

síntomas de mal pronóstico, que favorecerían a que el profesional de enfermería actúe de forma eficiente y rápida.

A nivel latinoamericano la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (2020), efectuó recomendaciones para la preparación de las Unidades de Cuidados Intensivos ante la pandemia de COVID-19, donde se proporcionan una serie de recomendaciones y sugerencias para asegurar la continuidad de la atención clínica de alta calidad en el entorno de una pandemia. Se recomienda un enfoque sistémico que involucre a las organizaciones en su totalidad.⁶

A nivel nacional no se cuenta con algún estudio relacionado a la temática, por ser un estudio en pacientes COVID-19, todavía no se cuenta con literatura nacional sobre el tema, aspecto que denota que la presente investigación es novedosa.

Por ello son importantes los cuidados de enfermería ante el paciente COVID-19 para saber cómo se los realizó. Es así que la presente investigación tiene como objetivo analizar el seguimiento de los cuidados de enfermería en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020 en la ciudad de La Paz.

II. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

2.1. Antecedentes

A nivel mundial, se revisaron los siguientes estudios:

Rascado, P., Ballesteros, M., Bodí, M., Carrasco, L., et. al. (2020), en Estados Unidos realizaron el estudio denominado “Plan de contingencia para los servicios de medicina intensiva frente a la pandemia COVID-19”. El estudio fue de revisión bibliográfica donde se explica la situación de la pandemia, las previsiones para la pandemia COVID-19, y la fase de respuesta a la pandemia, asimismo, se desglosa la necesidad de recursos humanos y técnicos. Entre los equipos de protección individual se debe incluir, guantes y ropa de protección, protección respiratoria.⁷

Murthy, S. (2020), en Estados Unidos realizó un estudio denominado “Atención del paciente con COVID-19 en la Unidad de Cuidados Intensivos”. El estudio fue realizado a partir de la revisión bibliográfica, se describieron definiciones importantes para entender la enfermedad COVID-19, por ello aprender sobre los cuidados que se debe brindar a cada paciente que ingrese al hospital. Se concluye que el sistema de salud ha sido desafiado por el COVID-19, comunidad de cuidados intensivos e intermedios tiene una enorme experiencia en el tratamiento de infecciones respiratorias agudas graves cada año, se afirma que la atención de pacientes gravemente enfermos con COVID-19 debe basarse en el presente estudio para garantizar el aprendizaje para guiar a cada paciente que se atienda.⁸

National Institutes of Health (2020), en Estados Unidos realizaron el estudio denominado “Atención a pacientes con COVID-19 en estado crítico”. En el estudio se realizan las siguientes recomendaciones, el control de la infección

para ello se recomienda efectuar los procedimientos asociados con la formación de aerosoles en pacientes COVID-19, se recomienda la intubación endotraqueal realizado por el personal más experimentado asegurar la permeabilidad de las vías respiratorias. Por otro lado, también se recomienda sobre el soporte hemodinámico, y la asistencia respiratoria, donde se recomienda el uso de oxigenoterapia nasal de alto flujo, en lugar de ventilación mecánica no invasiva con presión positiva.⁹

Serrano, J., Machado, J., Redondo, M., Manzano, F., Castaño, J. (2020), en España realizó un estudio denominado “Características y resultados de una serie de 59 pacientes con neumonía grave por COVID-19 ingresados en UCI”. El estudio fue transversal, retrospectivo de 59 casos de neumonía grave por COVID-19, admitidos en una Unidad de Cuidados Intensivos de un total de 525 hospitalizado. Los resultados mostraron una estancia de 21 días, la media de edad fue 63.0 años, el 76.3% eran varones y presentaron como comorbilidad más prevalente la hipertensión arterial en el 59.3%. el diagnóstico se estableció mediante la cadena de polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR), positiva en 94.9% de los pacientes y en los 5.1% restantes fue serológico, el 55.9% de casos la prueba fue positiva, el 83.1% recibieron ventilación mecánica invasiva, el 61.2% de manera exclusiva y el 38.8% tras fracaso de oxigenoterapia nasal de alto flujo, el 61.2% estuvo en decúbito prono, se hizo traqueostomía al 59.2% de los ventilados, el 13.6% necesitaron terapia de depuración extrarrenal en el 6.8% se administró óxido nítrico inhalado.¹⁰

Pousada, M. (2020), en España desarrolló su estudio denominado “Cuidados de enfermería desde atención primaria a pacientes en seguimiento telefónico por sospecha o infección por virus SARS-CoV-2: serie de casos”. El estudio fue con el objetivo de presentar una serie de casos de pacientes con sospechas o infección por COVID-19. Al ser partícipes del seguimiento de pacientes que tuvieron contacto con persona positiva de COVID-19 o presentar síntomas y

riesgo de padecer la enfermedad. La obtención de la información se realizó mediante internet, en base de datos como PubMed, Junta de Andalucía y Ministerio de Sanidad de España. Los resultados mostraron que el seguimiento es positivo, se siguieron 18 casos, la literatura demuestra que para un buen seguimiento la labor de enfermería debe detectar posibles casos de contacto e infección por COVID-19. Es conveniente saber valorar al paciente con cuestionamientos pertinentes para una derivación apropiada, así como servir de apoyo emocional, servir de guía para resolver las dudas y cuestiones originales en el aislamiento.¹¹

Ministerio de Sanidad (2020), en España realizaron el documento “Manejo clínico de pacientes con enfermedad por el nuevo coronavirus COVID-19”. En el documento, se muestran las indicaciones de un protocolo de actuación para la atención de un paciente COVID-19, estas recomendaciones pueden variar según evolucione el conocimiento acerca de la enfermedad y la situación epidemiológica en España. Entre las medidas generales se tiene las siguientes: Prevención desde la sospecha del caso, incidiendo en la higiene de las manos en los cinco momentos antes y después de retirar la mascarilla. El material fungible debe ser de un solo uso, publicar alertas visuales en la entrada y lugares estratégicos. El paciente debe mantenerse en una habitación individual aislada, evitar el traslado del paciente entre distintas áreas del hospital, mantener idealmente dos metros de distancia.¹²

Gimeno, B., Muñoz, M., Zamorano, M. Sánchez, H. Magariño, S. (2020), en España realizó su estudio denominado “Cuidados enfermeros en el paciente adulto ingresado en Unidades de hospitalización por COVID-19”. El estudio tuvo el objetivo de aportar recomendaciones para la práctica clínica que ayuden a protocolizar cuidados enfermeros en pacientes adultos ingresados en Unidades de hospitalización por COVID-19, atendiendo a estándares basados en la literatura o la experiencia más actual. El estudio fue de revisión bibliográfica, entre

los resultados más importantes se muestran aspectos de la práctica clínica agrupada en cuatro grupos: Organización del trabajo adaptado en unidades COVID-19; Aislamiento en habitaciones acondicionadas para COVID-19; Apoyo emocional al paciente y la familia. También se expone los cuidados enfermeros.¹³

Servicio de Salud del Principado de Asturias (2020), en España se realizó el documento “Seguimiento de pacientes con COVID-19 tras el alta hospitalaria, documento para atención primaria”. El documento explica que la atención primaria es el eje fundamental de seguimiento tras el alta de los pacientes con COVID-19. Entre los riesgos de secuelas pueden presentarse secuelas pulmonares, cardiológicas, renales, hepáticas, enfermedad tromboembólica venosa o riesgo.¹⁴

Phua, J. Weng, L. (2020), en México realizaron el estudio denominado “Manejo en cuidados intensivos de COVID-19”. El estudio fue de revisión bibliográfica, y muestra una descripción de epidemiología y características clínicas de pacientes críticos, además de la explicación del manejo de la insuficiencia respiratoria aguda, la ventilación no invasiva, la intubación, la posición en pronación y la oxigenación de membrana extracorpórea venosa. También se describió la administración de antibióticos y corticosteroides. Se concluye que es fundamental la colaboración a nivel local, regional, nacional e internacional con un enfoque en la investigación de alta calidad, la práctica basada en la evidencia, el intercambio de datos y recursos y la integridad ética frente a desafíos sin precedentes.¹⁵

Ordoñez, G., Gallardo, G. Hernández, A., Revilla, C. (2020), en México realizaron el estudio “Manejo integral del paciente con COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva en un hospital de segundo nivel de atención”. El estudio fue un estudio de caso clínico, donde se estudió tres casos atendidos en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital General Enrique Cabrera, los pacientes manifestaron respuesta inflamatoria sistémica, principalmente a nivel pulmonar, lo que merma

la perfusión tisular, por lo que el objetivo principal del manejo del paciente fue garantizar la adecuada perfusión tisular y mantener estabilidad cardiaca o prolongación del segmento QT, que se manifiestan como efecto secundario hidroelectrolítico y hemodinámico para minimizar el riesgo de incidencia de lesión renal.¹⁶

Estrada, G. (2020), en México realizó un estudio denominado “Plan de cuidados de enfermería para pacientes adultos con COVID-19 hospitalizados”. La investigación tuvo como objetivo describir los planes que favorecen la seguridad, eficiencia y documentación de la atención a personas con diagnóstico confirmado de infección por coronavirus SARS CoV-2 en hospitalización. Para ello se aplicó el método científico con enfoque holístico, se organizó con el fin de coadyuvar a la evaluación objetiva de los cuidados que se otorgan al paciente. El resultado más importante fue la conformación de los cuidados del Plan de cuidados de enfermería para pacientes COVID-19.¹⁷

COMMEC (2020), en México desarrollaron la siguiente guía “Guía para la atención del paciente crítico con infección por COVID-19 Colegio Mexicano de Medicina Crítica” La guía presenta información valiosa, entre ella bioseguridad en áreas críticas, reconversión hospitalaria, criterios de gravedad, utilidad de pruebas diagnósticas, terapia respiratoria, oxígeno alto flujo, ventilación mecánica no invasiva, consideraciones de intubación en COVID-19, broncoscopia, entre los temas más importantes. El uso de la guía debe ser interpretada de forma individualizada para cada paciente y siempre deberá prevalecer el juicio clínico.¹⁸

Organización Mundial de la Salud (2020), realizó la “Guía para el cuidado crítico de pacientes adultos graves con coronavirus (COVID-19) en las Américas”. El documento muestra el proceso de adaptación rápida de guías, la información expuesta refleja la evidencia científica que fue revisada. La guía presenta

recomendaciones para ofrecer atención de calidad al paciente, las recomendaciones brindan orientaciones para el manejo de los pacientes críticos con COVID-19.¹⁹

A nivel Latinoamericano, se revisaron los siguientes estudios:

Mejía, F., Medina, C., Cornejo, E., Morello, E., et. al. (2020), en Perú realizaron un estudio denominado “Características clínicas y factores asociados a mortalidad en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en un hospital público de Lima Perú”. La investigación fue retrospectiva a partir de la revisión de historias clínicas de pacientes adultos hospitalizados por COVID-19, entre marzo y junio de 2020, se revisó 369 historias clínicas. Los resultados mostraron que el 68.56% presentaban al menos una comorbilidad, siendo las más frecuentes obesidad con el 42.55%, el 21.95% tenía diabetes mellitus, el 21.68% e hipertensión arterial, la mediana de duración de síntomas previo al ingreso hospitalario fue de 7 días. En el análisis multivariado, la saturación de oxígeno al ingreso al hospital fue el principal factor predictor de mortalidad. Se observó un incremento de la SatO₂ de 84-80% y 80% tuvieron 4.44 y 7.74 veces mayor riesgo de muerte, respectivamente en comparación con pacientes con SatO₂ basal >90%.⁴

Ramírez, M. (2020), en Chile realizó el estudio “El cuidado de enfermería, relevancia en el contexto de la pandemia COVID-19”. El estudio fue de revisión documental, explica sobre el aumento importante de la demanda de cuidados de salud, que es una dificultad mayoritaria en países del mundo, los casos de enfermeras infectadas es elevado en el mundo entero alrededor de 90 mil enfermeras se infectaron con COVID-19. Los trabajadores en salud están expuestos diariamente a una presión asistencial excesiva, a muertes, frustración de no poder cuidar adecuadamente y temores por su propia salud y la de sus familias. El estudio explica que Latinoamérica tuvo tres meses para prepararse

antes del COVID-19 en lo que respecta a organización intersectorial, compra de equipos e insumos, educación y entrenamiento del personal de salud y población y preparación de las canastas de ayuda social. En tiempo de pandemia el rol de la enfermera es crucial, se debe proveer cuidados directos, soporte emocional, educar a pacientes y personal de salud, abogar por los pacientes y sus familias.²⁰

El Ministerio de Salud Pública de Ecuador (2020), realizó el estudio denominado “Atención de enfermería a pacientes adultos con COVID-19 sin complicaciones respiratorias”. Es un protocolo de actuación realizado debido a la presencia de la pandemia COVID-19, para realizarlo se efectuó una revisión, análisis crítico de los lineamientos emitidos por la OMS, OPS, el Ministerio de Salud y otros documentos, con estas fuentes se organizó el protocolo. El resultado más importante es el protocolo como tal, porque se explica los cuidados de enfermería que deben realizarse para el cuidado del paciente COVID-19.²¹

Sociedad de Infectología Clínica del Uruguay (2020), en Uruguay realizaron el estudio denominado “Recomendaciones conjuntas para el manejo clínico de la infección por SARS-CoV-2 y la enfermedad COVID-19. Versión 13 de marzo 2020”. El estudio presenta una descripción de medidas de prevención a la población en general, para el personal sanitario, el manejo clínico, además del manejo del paciente hospitalario y del paciente crítico en UCI. En estas recomendaciones se tiene el traslado intrahospitalario, el ingreso a hospitalización, realización de procedimientos invasivos y/o potencialmente generadores de aerosoles. También se explica el manejo del paciente crítico en UCI, se basa en la intubación orotraqueal, realización de exámenes con equipos portátiles, manejo hipoxemia, ventilación mecánica invasiva, diagnóstico de shock y tratamiento.²²

Moreira, R. (2020), en Brasil realizó el estudio denominado “COVID-19: Unidades de cuidados intensivos, ventiladores mecánicos y perfiles latentes de mortalidad asociados a la letalidad en Brasil”. El estudio ecológico transversal, la unidad de

análisis fueron las regiones de salud en Brasil. La fuente de datos fue el Departamento de Informática de Salud. Muestra el acelerado aumento número de casos de la enfermedad por el nuevo coronavirus exige que los países aumenten sus plazas en las Unidades de Cuidados Intensivos. En el estudio se explica que las enfermedades respiratorias, neoplasias, cardiopatías, hipertensión y diabetes aumentan su letalidad.²³

Valda, F. (2020), en Brasil realizó el estudio denominado “Enfermería para combatir la pandemia de COVID-19”. El estudio fue de revisión documental, el estudio explica que aquellos países que han logrado los mejores resultados en la lucha contra la pandemia de COVID-19 son aquellos que han alcanzado el aislamiento social, la atención médica garantizada para la población en una emergencia sanitaria y humana, el aumento de la cantidad de camas de hospital y las UTI’s llevaron a cabo pruebas masivas en su población y tomaron medidas para mantener los ingresos y activar la economía.²⁴

Márquez, L. (2020), en Brasil realizó el estudio “COVID-19: cuidados de enfermería para la seguridad en la atención del Servicio Pre-hospitalario móvil”. Tuvo el objetivo de describir las acciones llevadas a cabo por enfermeros del Servicio prehospitalario móvil antes, durante y después de consultas y transferencias de pacientes sospechosos y/o confirmados respecto del Covid-19 y las limitaciones encontradas por estos profesionales para reducir la exposición a la enfermedad. El estudio fue descriptivo-reflexivo sobre las acciones realizadas por enfermeros del servicio móvil prehospitalario en una ciudad capital del sur de Brasil para aumentar la seguridad durante las consultas o transferencias de pacientes sospechosos y/o confirmados de COVID-19.²⁵

Rodríguez, A., Sánchez, J., Hernández, S., Pérez, C., Villamil, E., Méndez, C. et al. (2020), en Venezuela realizaron un estudio denominado “Preparación y control de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en América Latina”. El estudio fue de tipo descriptivo, donde se describe con detalle las características

del COVID-19, explicando la epidemiología en América Latina y la forma en que se importaron los casos en los diferentes países de América Latina hasta marzo de 2020. También se explica sobre la importancia de recomendar políticas de emergencia de salud pública.²⁶

Araque, M., Velásquez, J. (2020), en Venezuela realizaron el estudio denominado “Guía simplificada para la atención clínica y manejo de la infección por SARS-CoV-2 coronavirus COVID-19”. El objetivo fue proporcionar una guía para orientar a los profesionales de la salud en la detección, atención y manejo de casos sospechosos de infección causada por el SARS-CoV-2. También se especifica que el caso sospechoso es la persona con enfermedad respiratoria aguda leve o grave de causa no especificada que durante los 14 días previos al inicio de los síntomas tuvo antecedentes de haber vivido o viajado a un país con transmisión local de la enfermedad COVID-19. Contacto con un caso COVID-19 confirmado en los últimos 14 días, paciente con frecuencia respiratoria >30/min. Sat O₂ <93%. Requerimiento de asistencia respiratoria mecánica. Incremento de infiltrados pulmonares >50% en 24-48 h. Alteración de la conciencia, inestabilidad hemodinámica, CURB-65 >2 puntos. Requerimiento de UCI.²⁷

Maglio, I., Valdez, P., Cámara, L., Finn, B. et. al. (2020), en Argentina realizaron el estudio “Guías éticas para la atención durante la pandemia COVID-19. Recomendaciones multisocietarias para asignación de recursos”. La guía presenta información sobre la ética en la asignación de recursos, procesos de triaje con criterios de ingreso y egreso de Unidades de Cuidados Críticos y atención paliativa durante la pandemia. En este sentido, se hizo un trabajo con un equipo multidisciplinario, la información indica que el 80% aproximadamente de las personas con COVID-19 desarrollan síntomas leves y no requerirán asistencia hospitalaria, mientras que el 15% precisará cuidados intermedios o en salas generales, el 5% restante requerirá asistencia en Unidades de Cuidados Intensivos.²⁸

Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (2020), en Argentina realizaron el documento denominado “Recomendaciones para la preparación de las Unidades de Cuidados Intensivos ante la pandemia de COVID-19”. El documento tiene el objetivo de proporcionar una serie de recomendaciones y sugerencias para asegurar la continuidad de la atención clínica de alta calidad en el entorno de una pandemia. Se recomienda un enfoque sistémico que involucre a las organizaciones en su totalidad. Las medidas para reducir la demanda de la UCI son aplazamiento o cancelación de la cirugía electiva no urgente, desarrollo de acuerdos de cooperación con otros servicios de la institución, reservar la admisión en la UCI para los pacientes que requieren intervenciones específicas en la unidad.⁶

Asociación Colombiana de Infectología (2020), en Colombia desarrolló un grupo de trabajo para desarrollar recomendaciones informadas y basadas en evidencia por consenso de expertos para la atención, diagnóstico y manejo de casos de COVID-19. Las guías desarrolladas están dirigidas al personal de salud y buscar dar recomendaciones en los ámbitos de la atención en salud de los casos de COVID-19. Asimismo, en el estudio se explica cómo se desarrolló la pandemia, qué se debe aprender y sobre todo cuáles son las fases de la pandemia. El conjunto de guías permite mejorar la atención del paciente COVID-19.²⁹

Ministerio de Salud y Protección Social (2020), en Colombia realizaron el estudio “Lineamientos para el manejo clínico de pacientes con infección por nuevo coronavirus COVID-19”. En el documento se presentan los lineamientos para el manejo clínico de pacientes con infección por nuevo coronavirus COVID-19. Asimismo, se hace las recomendaciones generales para el prestador de servicios de salud. Entre las más importantes, fortalecer los canales de comunicación, realizar la coordinación y seguimiento de las acciones necesarias para el manejo integral de los casos, verificar y garantizar la existencia y suficiencia de

equipamientos dispositivos médicos y medicamentos requeridos para la atención adecuada, incluida la dotación de equipos de protección personal.³⁰

A nivel nacional se revisaron los siguientes estudios

Camacho, I., Flores, F., Maquera, R., Bernal, C., Soruco, F., Alurralde, I., Aramayo, S. (2020), en Bolivia realizaron la “Guía para el manejo del COVID-19”. El estudio presenta la descripción del Coronavirus, los grupos de riesgo y el abordaje clínico de la enfermedad, el tratamiento sintomático y el seguimiento oportuno, los fármacos de investigación. El profesional de enfermería debe realizar la monitorización, se debe controlar la antitrombina, en casos de coagulación intravascular o cuagulopatía inducida por sepsis o resistencia a la heparina, oxigenoterapia, registro de ingeridos y eliminados, aspiración de secreciones sistema cerrado, aseo bucal, confort del paciente, entre otros procedimientos.³¹

Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo (ASUSS) (2020), en Bolivia, se realizó el siguiente estudio “Guía práctica de atención al pacientes con COVID-19 en el Servicio de Terapia Intensiva de los establecimientos de salud de la seguridad social de corto plazo”. El documento presenta información útil y veraz para la toma de decisiones de manera oportuna e inmediata. Se presentan sugerencias y recomendaciones para orientar a los profesionales de salud en el manejo apropiado del paciente COVID-19, gestionando la interacción de todos los involucrados al otorgar una herramienta operativa de fácil acceso y consulta en la práctica diaria. Básicamente se desglosa la fase de recepción del paciente, fase de asistencia al paciente, fase de alta del servicio, fase de desinfección del área de atención, también se desglosa la estructura de requerimientos para la atención, los procesos y procedimientos operativos con flujogramas. Finalmente, el control y supervisión.³²

Ministerio de Salud (2020), en Bolivia se realizó el documento “Guía y lineamientos de manejo COVID-19”. La guía explica sobre la virología, epidemiología del coronavirus también explica los inicios del virus, la forma de transmisión, el abordaje clínico, el manejo de la insuficiencia respiratoria, las recomendaciones generales para la ventilación mecánica en pacientes con SDRA, los tratamientos sintomáticos y seguimiento oportuno, el diagnóstico de laboratorio el procedimiento de vigilancia epidemiológica, los procedimientos de vigilancia epidemiológica, finalmente el manejo de cadáveres de casos COVID-19.³³

Gobierno Autónomo Departamental de Tarija (2020), en Bolivia realizó el documento denominado “Contención epidemiológica comunitaria”. En este documento se muestra el Modelo de gestión para la atención de pacientes COVID-19. Asimismo, se presentan recomendaciones para el paciente aislado, en una habitación con ventilación adecuada directa a la calle o patio, se debe disponer de un baño de uso exclusivo. Por otro lado, se explica el protocolo de manejo de residuos, y el protocolo de limpieza.³⁴

2.2. Justificación

La enfermedad por el coronavirus tipo 2 del Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS-CoV2) denominada COVID-19, presenta elevada gravedad y mortalidad, superior a otras enfermedades respiratorias. Ante la presencia de la pandemia en el Hospital Obrero N°1, se tuvo que organizar el trabajo de tal manera que, los cuidados de enfermería fueran efectivos para el paciente, pero, precautelando medidas que eviten el contagio al personal de enfermería. La situación vivida en los hospitales en el mundo entero es ardua y llena de incertidumbre, el profesional de enfermería, debe atender sobre la base de recomendaciones, protocolos, pero sobre todo confiando en su criterio profesional.

La presente investigación, analizó cómo fue el seguimiento de los cuidados de enfermería de los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, del Hospital Obrero N°1, durante la gestión 2020. Este seguimiento se anotó en el registro de enfermería, y en algunos no se registró concretamente, hubo varios registros que estaban incompletos. Durante la estadía de estos pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva, la atención fue individualizada por cada paciente según la evolución de la enfermedad, apoyándose en recomendaciones realizadas por organizaciones como la OMS, la OPS, el Ministerio de Salud, entre otros.

Existe la necesidad de conocer los cuidados que recibieron los pacientes con diagnóstico COVID-19, con el fin de mejorar procedimientos y fortalecer el equipo de enfermería en su conjunto, estandarizando los procedimientos en pro del paciente. Al presentarse la pandemia de forma intempestiva y con una enfermedad nueva, es que los profesionales en salud, al principio, no supieron cómo actuar, el miedo al contagio y la falta de insumos para la protección personal infundió incertidumbre y estrés al personal, por ello poco a poco se fueron mejorando los procedimientos con este tipo de pacientes.

Los resultados de la presente investigación, son un aporte a la luz de la ciencia, para posteriores investigadores que ahonden sobre el tema, sirviendo de punto de partida. De la misma manera, permite el desarrollo de una guía de lineamientos específicos para la Unidad de Terapia Intensiva.

Finalmente, el mayor beneficio lo tiene el paciente, porque al socializar los resultados del estudio, se mejora la atención. También se beneficia la profesional de enfermería, porque fortalece su conocimiento respecto de los cuidados que brinda al paciente COVID-19. Asimismo, con base a los resultados, se propone estrategias para mejorar el cuidado brindado al paciente COVID-19.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. Enfermedad COVID-19

El 31 de diciembre de 2019 en China se notificó una serie de casos de neumonía en la ciudad de Wuhan, posteriormente el 12 de enero de 2020 se hace pública la secuencia genética del virus causante de COVID-19. El 30 de enero se constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional y el 11 de marzo la Organización Mundial de la Salud catalogó la enfermedad como una pandemia.³¹

En el mes de diciembre de 2019 se presentó un grupo de pacientes con diagnóstico de neumonía de causa desconocida, por ello se vinculó a un mercado mayorista de mariscos en Wuhan, China. Realizando las investigaciones se descubrió un betacoronavirus a través del uso de secuenciación imparcial en muestras de pacientes con neumonía. Para ello se utilizó células epiteliales de las vías respiratorias humanas para aislar un nuevo coronavirus, denominado 2019-nCoV, que formó un clado dentro del subgénero sarbecovirus, subfamilia orthocoronavirinae. A diferencia de MERS-CoV y SARS-CoV, 2019-nCoV es el séptimo miembro de la familia de coronavirus que infecta a los seres humanos.³⁵

Según la OMS el COVID-19 es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente. Esta enfermedad era desconocida antes de su brote en Wuhan (China), en diciembre de 2019.³⁶

Esta enfermedad se caracteriza por producir neumonía severa progresiva, notificándose más de 80 mil casos confirmados y más de 3000 fallecidos en China hasta febrero de este año. En el mundo se reportan alrededor de un millón de infectados de los cuales han fallecido más de 67 mil personas, siendo los países más afectados Italia, España y Francia.³⁷

En este sentido se ha desarrollado una serie de estrategias a nivel nacional para hacer frente a la pandemia COVID-19 que en el mundo ha infectado a más de 3.117.204 personas y con miles de fallecidos y que a nivel nacional ya tiene más de mil infectados y medio centenar de fallecidos. La información sobre los casos confirmados de COVID-19 reportados señala un curso de enfermedad diferente a lo observado en casos de SARS-CoV, con un nivel más alto de contagio y menor proporción de letalidad.

Los coronavirus pueden causar enfermedad en animales como camellos, gatos, murciélagos. Existen 7 coronavirus humanos:

- (HCoV) que pueden infectar humanos HCoV-OC43, HCoV-HKU1 (betaCoVs); HCoV-229E, HCoV-NL63. (alphaCoVs), que pueden ser responsables de 5% de enfermedades respiratorias con 2% de la población como portador sano.
- SARS-CoV, MERS-CoV y SARS-CoV-2 (betaCoVs).

El virus es termosensible y es inactivado por solventes lipídicos; puede ser transmitido por gotas y por aerosoles, con un periodo de incubación de 3 días a 2 semanas. También se ha propuesto la transmisión por contacto.¹⁸

3.1.1. Virología

El coronavirus pertenece a la familia coronaviridae, sub familia orthocoronavirinae. Es considerado un virus con genoma ARN monocatenario, sentido positivo, posee el genoma de mayor tamaño entre los virus ARN es entre 26 a 33 kb.³⁸

3.1.2. Epidemiología

El Comité Internacional de Taxonomía de Virus (ICTV) asignó al coronavirus tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo (ARS-CoV-2) este nombre fue elegido porque el virus está relacionado genéticamente con el coronavirus responsable del brote de SARS de 2003, aunque se trata de dos virus diferentes.³⁸

Descripción del coronavirus

Género:	Beta CoV
Origen:	Wuhan China
Reservorio:	Murciélago
Periodo de incubación:	2 a 14 días
Nº básico reproducción:	1.4 – 4.9
Transmisión asintomática	Muy frecuente.
Transmisión nosocomial:	Sí
Países afectados:	109
Cuadro clínico:	Neumonía
Nº de infectados:	2.709.483
Nº de muertes:	190.872
T. letalidad:	7.04%
Región afectada:	Global
Receptor dominante:	ECA2
Susceptibilidad celular principal:	Respiratorio
Tratamiento/vacuna:	Ninguno

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2020.

3.1.3. Transmisión

El COVID-19 es transmitido a través de gotas y fómites durante el contacto directo sin protección entre una persona infectada y una expuesta. La propagación en el aire no se ha informado para SARS-CoV-2 y no se cree que sea un importante impulsor de la transmisión según la evidencia disponible, se considera posible si se llevan a cabo procedimientos de aerosoles en los centros de salud.

- El virus del SARS-Cov-2 puede detectarse inicialmente de uno a dos días antes del inicio de los síntomas en las muestras del tracto respiratorio superior.
- El virus puede persistir durante 7 a 12 días en casos moderados y hasta 2 semanas en casos graves.
- La eliminación viral prolongada de los aspirados nasofaríngeos hasta al menos 24 días después del inicio de los síntomas.
- En las heces se detectó ARN viral en hasta el 30% de los pacientes desde el día 5 después del inicio y hasta 4 a 5 semanas en casos moderados.
- Se ha observado la propagación prolongada del virus en niños en vías respiratorias es de 22 días y heces entre dos semanas y más un mes.
- La ruta oral – fetal no parece ser causa de gran impacto en la transmisión de COVID-19.
- Se debe aconsejar a los pacientes dados de alta que sigan estrictamente las precauciones de higiene personal para proteger los contactos del hogar. Esto se aplica a todos los pacientes convalescientes.³¹

Respecto a la permanencia en superficies es importante aclarar que el COVID-19 está cuatro horas en cobre, 24 horas en cartón y hasta tres días en plástico y acero inoxidable. El virus se puede inactivar de manera eficiente mediante procedimientos de desinfección de superficies utilizando etanol al 62-71%,

peróxido de hidrógeno al 0.5% o hipoclorito de sodio al 0.1-0.5% en 1 minuto y glutaraldehído al 2%.

3.1.4. Manifestaciones clínicas frecuentes

Los síntomas del COVID-19 no son específicos y la presentación de la enfermedad puede variar desde ningún síntoma (asintomático) hasta neumonía grave y muerte, sin embargo, existen algunos síntomas que son muy frecuentes y comunes.

Fiebre, tos seca, fatiga, producción de esputo, disnea (dificultad respiratoria), odinofagia (dolor de garganta), mialgias o artralgias, escalofríos, náuseas o vómitos, congestión nasal, hemoptisis, congestión conjuntival.³⁹

3.1.5. COVID-19 en grupos de riesgo

Existe mucha bibliografía que hace referencia a los aspectos de asociación de comorbilidad y su relación con el incremento de la tasa de mortalidad.

- **Hipertensión arterial, enfermedad cardiológica cardiopatía:** La reducción de los receptores ACE2 y los altos niveles de angiotensina II se relacionan con la insuficiencia respiratoria y el distrés respiratorio agudo. El COVID-19 produce daño cardíaco agudo e insuficiencia cardíaca.
- **Diabetes:** La diabetes es un factor de riesgo para desarrollar enfermedad grave por COVID-19 no está bien establecido, pero también se sugiere que la sobreexpresión de ACE2 en diabéticos parece un mecanismo compensatorio para frenar el deterioro de la microvasculatura renal implicada en la nefropatía diabética a largo plazo, así como para limitar el daño cardiovascular a largo plazo en pacientes diabéticos mediante la activación del eje ACE2/Ang.

- **Adultos mayores:** Los adultos mayores en un gran porcentaje son los que han desarrollado formas graves de la enfermedad, que precisamente forman parte del grupo poblacional con más riesgo de complicaciones y de muerte por COVID-19 a escala mundial.
- **Enfermedad renal:** Existen dos escenarios el primero pacientes con enfermedad renal crónica estadio 5 en terapia de reemplazo renal crónica, y el segundo pacientes que desarrollan injuria renal aguda.
- **Mujeres embarazadas, transmisión perinatal y lactancia:** Se ha demostrado que el SARS durante el embarazo se asocia con una alta incidencia de complicaciones adversas maternas y neonatales, como aborto espontáneo, parto prematuro, restricción de crecimiento intrauterino, ingreso a la unidad de cuidado intensivos, falla renal y coagulopatía intravascular diseminada.
- **Cáncer reciente o en tratamiento en el momento de la infección:** Conlleva vulnerabilidad por la inmunodeficiencia adquirida secundaria al tratamiento oncológico y la relación riesgo/beneficio tendrá que valorarse en estos pacientes.⁴⁰
- **Obesidad:** La obesidad especialmente en IMC>40 conlleva complicaciones frecuentes más hospitalización y atención intensiva y mayor mortalidad por COVID-19. Se asocia con sistema inmune defectuoso.
- **Asma moderada a grave:** Es posible que se presente una descompensación asmática.
- **Tabaquismo:** La exposición a nicotina conlleva mayor riesgo de complicación pulmonares, la facilitar la afectación directa del receptor del virus y conducir a una señal perjudicial en las células epiteliales del pulmón.
- **Cirugía mayor reciente:** La situación postquirúrgica, las posibles complicaciones y los tratamientos pueden disminuir la capacidad de defensa del paciente y aumentar el riesgo de complicaciones.⁴⁰

Población pediátrica: La enfermedad parece ser relativamente rara y leve, con aproximadamente el 2.4% del total de casos reportados entre individuos menores de 19 años. Los lactantes y niños menores de 12 años con SARS presentan fiebre y tos. Los adolescentes con SARS tienen una evolución clínica que se asemeja más a la enfermedad del adulto, estos presentan fiebre, mialgias, cefalea y escalofríos.³¹

3.1.6. COVID-19 en Bolivia

En Bolivia se reportó los dos primeros casos el 10 de marzo de 2020 Oruro y Santa Cruz, según publicación oficial del Ministerio de Salud Boliviano, hasta el 24 de abril de 2020 se encuentra con 807 casos confirmados, 44 fallecidos y 63 recuperados.⁴¹

El virus recibió el nombre de por sus sigla inglesa COVID-19, el virus es altamente contagioso y se propaga por vía de gotitas, contacto directo y aerosoles. En las heces se detectó ARN viral hasta 21 a 30% de los pacientes desde el día 5 después del inicio hasta 4 a 5 semanas en casos moderados. Has evidencia del virus en las heces, pero no hay evidencia de que el virus se a infeccioso. La importancia del desprendimiento viral fecal para la transmisión aun no es clara.⁴¹

3.2. Cuidados de Enfermería

La Enfermería se centra en el cuidado de la salud y de la vida, para cumplir este objetivo, es que se realizan actividades, esfuerzos y trabajos que se realizan en la atención de las personas que necesitan cuidados.¹

Las leyes que rigen la enfermería brindan elementos muy claros en relación con el ejercicio profesional: la enfermería es una ciencia que no es únicamente para cuidar enfermos en instituciones hospitalarias o en domicilios; el ejercicio de la

profesión tiene entre sus fines promover la vida y prevenir la enfermedad, las funciones del profesional se pueden dar en ámbitos diversos como sitios de recreación, sitios de trabajo, lugares de estudio; el cuidado se da no sólo a sujetos individuales, sino a familiares y comunidades; el profesional tiene que tener en cuenta para su desempeño, el entorno y el ambiente físico y social que influye en el bienestar; los principios de la práctica profesional se pueden dar en toda su profundidad al ejercer el cuidado con las comunidades.¹

El cuidar es una actividad indispensable para la supervivencia del ser humano. Las acciones del cuidado se refieren a aquellas actividades que ejecutan el personal de enfermería, con el fin de ayudar a satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales de las personas, familia o comunidad.⁴²

3.2.1. Control de signos vitales

El control de signos y síntomas vitales de los pacientes es fundamental, los mismos deben ser medidos y registrados considerando:

- Frecuencia respiratoria (FR).
- Saturación de oxígeno (SaO₂).
- Presión arterial.
- Frecuencia cardíaca
- Dolor.

Para el registro de signos vitales se sugiere realizarlo de forma programada, mínimamente cada 8 horas, en función del estado clínico del paciente. El profesional de enfermería cada vez que ingresa a la sala debe verificar signos y síntomas asociados a empeorar la salud del paciente, cambios en el nivel de consciencia, progresión de la disnea, aparición de disnea paroxística nocturna,

habla entrecortada, respiración abdominal, dolor torácico, limitación funcional, escalofríos, cefalea, dolor faríngeo, tos, síntomas digestivos (vómitos, diarrea).

Medición de constantes y criterios de estabilidad

Constante	Valores de estabilidad
Frecuencia cardiaca.	<100lpm.
Frecuencia respiratoria.	<24 RPM.
Temperatura axilar.	<37.2°C
Presión arterial sistólica.	>90 mmHg
SaO ₂ .	>90% si no había insuficiencia respiratoria previa.
Nivel de consciencia.	Adecuado.

Fuente: Guía de actuación enfermera ante COVID-19. 2020.

3.2.2. Criterios para el ingreso de un paciente en la UTI

Los criterios para el ingreso de un paciente en la Unidad de Terapia Intensiva son los siguientes:

- **Criterios mayores:**
 - Necesidad de ventilación mecánica invasiva.
 - Shock con necesidad de vasopresores.
- **Criterios menores:**
 - Frecuencia respiratoria >30RPM.
 - PaO₂/FiO₂<250.
 - Infiltrados multilobares.
 - Confusión/desorientación.
 - Uremia (BUM >20mg/DL).
 - Leucopenia <4.000 cel/mm³.
 - Hipotermia (°t central <36.8).

- Hipotensión con necesidad de administración agresiva de fluidos.⁴³

El tratamiento de estos pacientes va enfocado al restablecimiento del patrón respiratorio, pero dado que la transmisión es por gotas de más de 5 micras, se debe evitar medicamentos nebulizados ya que aumentan el riesgo de transmisión aérea. Se recomienda la administración de broncodilatadores en cartucho presurizado asociado a cámara espaciadora para evitar la generación de aerosoles.

En pacientes con insuficiencia respiratoria debe iniciarse oxigenoterapia suplementaria con una mascarilla con filtro de exhalado nasales si es posible, ajustando el flujo hasta alcanzar una saturación de oxígeno capilar adecuado a la edad y estado del paciente.

Según la Maglio, I., Valdez, P., Cámara, L., Finn, B. et. al. (2020), en Argentina para considerar los criterios de ingreso y egreso debería considerarse desde dos aspectos importantes:²⁸

- **Adultos mayores y las comorbilidades:** Considerando que la mayoría de los fallecidos son adultos mayores, existen consideraciones éticas para definir las acciones de soporte vital avanzado o su suspensión; la toma de decisiones es multimodal, requiere de un protocolo que debe ser monitorizado y revisado de forma continua.²⁸
- **Los escasos recursos en cuidados intensivos:** La asignación de camas de cuidado crítico es una compleja delicada situación, debido a que un aumento excesivo de las camas intensivas extraordinarias no garantizaría una atención adecuada para pacientes y distraería recursos, atención y energía a los restantes internados. Por ello se debe considerar los siguientes criterios:

- Presencia de comorbilidad y estado funcional del paciente.
- Expectativa médica razonable de beneficio.
- Criterios de definición de pacientes paliativos.
- Existencia de directivas anticipadas.²⁸

3.2.3. Prioridades para el ingreso a la UTI

Los criterios clásicos de ingreso en la UTI se pueden dividir en un modelo de cuatro prioridades:

- **Pacientes con prioridad 1:** Serán pacientes críticos e inestables. Necesitan monitorización y tratamiento intensivo que no puede ser proporcionado fuera de la UCI (ventilación mecánica invasiva, depuración renal continua, soporte hemodinámico con agentes vasoactivos).
- **Pacientes con prioridad 2:** Aquellos que precisan monitorización intensiva y pueden necesitar intervenciones inmediatas. Son pacientes que no estarán ventilados de forma invasiva, pero con altos requerimientos de oxigenoterapia, con $PaO_2 / FiO_2 < 200$ o < 300 con fracaso de otro órgano.
- **Pacientes con prioridad 3:** Se trata de aquellos inestables y críticos, que tienen pocas posibilidades de recuperarse a causa de su enfermedad de base o de la aguda. Pueden recibir tratamiento intensivo para aliviar su enfermedad aguda, con ciertos límites terapéuticos como, por ejemplo, no intubar y/o no intentar la reanimación cardiopulmonar.
- **Pacientes con prioridad 4:** Aquellos cuyo ingreso no está indicado debido a un beneficio mínimo o improbable por enfermedad de bajo riesgo, o bien individuos cuya enfermedad terminal e irreversible hace inminente su muerte.²⁸

En una situación de falta de recursos se priorizarán los ingresos en UCI de pacientes con prioridad 1 en aquellos hospitales que dispongan de dispositivos de cuidados intermedios, dejando estos últimos para los pacientes con prioridad 2. Los pacientes de prioridades 3 y 4, en casos de crisis, no ingresarán en unidades de cuidados intensivos.

3.2.4. Monitorización de la saturación de oxígeno y administración de oxigenoterapia

La monitorización de la saturación de oxígeno es fundamental, la oxigenoterapia se inicia si la SaO₂ baja de 90-92% en aire ambiente, en función de las características del paciente, el objetivo es mantener SaO₂ superior o igual a 90-95%.

3.2.5. Detección precoz de agravamiento clínico y actuación

En el cuidado del paciente COVID-19 es fundamental reconocer la insuficiencia respiratoria hipoxémica grave en los pacientes con disnea que no respondan a la oxigenoterapia convencional. Se debe tener en cuenta que cuando se administra oxígeno a flujos altos con una mascarilla equipada con bolsa reservorio, es posible que los pacientes sigan presentando hipoxemia o un mayor trabajo respiratorio. La insuficiencia respiratoria hipoxémica en el SDRA suele requerir ventilación mecánica.

En caso de que aparezca agravamiento brusco de la disnea, con incremento del trabajo respiratorio, FR > 25 rpm y SaO₂ < 90%, se avisará de manera urgente al médico. Cuando sucede esto se debe colocar al paciente en decúbito prono, monitorizar de forma continua la saturación de oxígeno y no dejarlo solo en ningún momento. Alertar de la preparación del carro de parada

cardiorrespiratoria, mientras llega el médico, para su valoración y posible ingreso en la Unidad de Terapia Intensiva.⁴⁴

3.2.5.1. Bioseguridad en áreas críticas

Los procedimientos de bajo riesgo de transmisión vírica son:

- Colocación de tubo de Guedel.
- Colocación de mascarilla facial de oxigenoterapia con filtro espiratorio.
- Comprensión torácica.
- Desfibrilación, cardioversión y colocación de marcapasos transcutáneo.
- Inserción y canalización de la vía venosa o arterial.
- Administración de fármacos o fluidos intravenosos.

Los procedimientos de alto riesgo de transmisión vírica son:

- Aerosolterapia y nebulización.
- Puntas nasales de alto flujo.
- Ventilación manual con mascarilla.
- Ventilación no invasiva CPAP/BiPAP.
- Intubación orotraqueal.
- Traqueotomía quirúrgica > percutánea.
- Broncoscopia, gastroscopia.
- Aspiración de secreciones.
- Resucitación cardiopulmonar.⁴⁵

Los procedimientos susceptibles de generar aerosoles y las estrategias sugeridas para reducir su riesgo en caso de ser estrictamente necesario son:

- Aspiración de secreciones respiratorias: límitese a las imprescindibles; aspiración cerrada si hay ventilación mecánica.
- Aerosolterapia y nebulización: Se debe evitar lo antes posible, emplee la cámara espaciadora y el dispositivo MDI.
- Toma de muestras respiratoria.
- Lavado broncoalveolar.
- Oxigenoterapia de alto flujo.
- Ventilación no invasiva.
- Ventilación manual con mascarilla y bolsa autoinflable.
- Intubación.
- Ventilación mecánica (VM).
- Resucitación cardiopulmonar.⁴⁵

3.2.6. Terapia respiratoria en pacientes COVID-19

Para realizar la terapia respiratoria en el paciente COVID-19 es necesario regirse a las siguientes recomendaciones:

- **Medidas preventivas, equipo de protección y aislamiento:**
 - Medidas generales:
 - Higiene de manos según recomendaciones de la OMS.
 - Toda persona con síntomas respiratorios debe utilizar cubre bocas.
 - Toda persona con síntomas respiratorios debe utilizar cubre bocas.
 - El equipo de protección debe usarse de forma racional, según las actividades que realice cada trabajador.

- La colocación y retiro del equipo personal debe seguir las técnicas establecidas por la OMD y las especificaciones de cada centro.
- **Manejo de insuficiencia respiratoria:**
 - Mecanismos de entrega de oxígeno convencionales.
 - Se recomienda iniciar con puntas nasales o mascarilla simple 6-8 litros por minuto y mantener una saturación por oximetría de pulso de 90-94%. Valorar cambio de dispositivo según la respuesta clínica del paciente.
 - Si el paciente requiere más de 8 litros por minuto, colocar dispositivo Venturi para mantener las saturaciones entre 90 – 94%.
 - Ventilación mecánica no invasiva.
 - La ventilación no invasiva se utilizó para disminuir la necesidad de intubación con un porcentaje de éxito de 4 a 80% en SARS, en MERS de 30 a 40% y en influenza de 30%.
 - Ha sido descrita como un procedimiento que genera aerosoles, sin embargo, la evidencia no es contundente, habrá que considerar los tipos de circuitos que se utilizaron y las mascarillas.
 - La ventilación mecánica no invasiva se debe administrar con ventiladores de cuidado crítico y con doble circuito.
 - Puntas nasales de alto flujo.
 - Medicamentos: broncodilatadores, se recomienda utilizar dispositivos de dosis medida con espaciador siempre que sea posible en pacientes con COVID-19. Esteroides, no se recomienda el uso de esteroides inhalados en pacientes con diagnóstico de COVID-19, se podrá valorar en caso de que el paciente presente patología de base que lo amerite.

- Humificación de la vía aérea
 - Se puede utilizar cualquier sistema de humificación disponible con las siguientes consideraciones y precauciones.
 - Humificación pasiva: Cambiar según recomendaciones cada 24 a 48 horas, no utilizar si el paciente tiene secreciones espesas o hipotermia.
 - Humificación activa: Evitar desconexión de circuito innecesaria. Vigilar condensación en circuito, cambiar el circuito cada siete días o cuando esté visiblemente sucio.⁴⁵

3.2.7. Recomendaciones para el uso de oxígeno de alto flujo

No está indicado el uso de oxígeno de alto flujo de manera rutinaria sólo se recomienda en los siguientes casos seleccionados:

- Cuando no se dispone de otra opción, siempre se deben considerar las medidas necesarias de protección individual para el personal de salud.
- Cuando no mejora la saturación con oxigenoterapia convencional y no se cumple los criterios para intubación, siempre se deben considerar las medidas necesarias de protección individual para el personal de salud.
- En los casos de adultos infectados con COVID-19 e insuficiencia respiratoria hipoxémica aguda a pesar de la terapia del oxígeno convencional, se sugiere usar puntas nasales de alto flujo sobre la oxigenoterapia convencional y cuando no esté disponible otra opción.
- En caso de usar, se debe contar con todos los equipos de protección personal, además estar capacitado en el manejo de estos equipos por parte del personal involucrado.
- En caso de instalar, se recomienda una monitorización estrecha de las condiciones clínicas y de la respuesta del paciente, también se recomienda no retrasar la intubación orotraqueal si es necesario.⁴⁵

3.2.8. Ventilación mecánica no invasiva

El COVID-19 está asociado a síntomas graves como la insuficiencia respiratoria tipo 1 rápidamente progresiva. El riesgo de dispersión del virus al personal de salud es mayor con el uso de ventilación mecánica no invasiva y puntas nasales de alto flujo que con el uso del oxígeno suplementario administrado de forma convencional.

En caso de usarse la ventilación mecánica invasiva se sugiere el uso de PNAF debido a que se ha reportado una menor área de aerosolización. Los pacientes deben ingresar a una habitación con presión negativa. No se recomienda el uso de puntas nasales de alto flujo o ventilación mecánica no invasiva en pacientes graves con COVID-19.⁴⁵

3.2.9. Consideraciones durante la intubación en pacientes graves con COVID-19

La intubación traqueal es un procedimiento potencialmente de alto riesgo para el experto de la vía aérea, sobre todo porque se expone a una carga viral alta, y más si la transmisión es directa y está asociada con una enfermedad más grave. Considerar los siguientes aspectos:

- Seguridad del equipo de salud.
- Aislar de manera efectiva al paciente infectado.
- Establecer las técnicas más efectivas al momento de abordar e instrumental la vía aérea.
- Resolver la insuficiencia respiratoria.
- Evitar el contagio a los demás miembros del equipo de salud y a los otros pacientes.⁴⁵

3.2.10. Control de la temperatura

Otro aspecto que también es importante medir es la temperatura, en caso de superar los 38 °C se deberán administrar antitérmicos pautados y controlar la eficacia del tratamiento. El COVID-19 cursa con fiebre durante varios días, por lo que sólo se realizarán hemocultivos en casos que sean indicados por el médico.⁴⁴

Según el estudio realizado por Wang M (2020) se determinó que entre el 77 y el 98% de los pacientes COVID-19 desarrollaron fiebre durante la hospitalización y durante la fase más crítica, alcanzando su nivel más alto entre el cuarto y quinto día, con más de 40°C sin respuesta al uso de antipirético parenterales, y su uso se restringe por alteraciones en las pruebas de función hepática.⁴⁶

La fiebre es un síntoma muy frecuente en los pacientes COVID-19, sin embargo, todavía no se cuenta con información disponible sobre su presentación clínica, pero entre el 83 y 98% presentan fiebre durante el desarrollo de la enfermedad. La mayoría de las recomendaciones se enfocan en las estrategias de ventilación y uso de fármacos dirigidos, pero poco se estudió sobre la fiebre, al presentarse la fiebre se desencadena una serie de cambios en el organismo, por cada grado de aumento de la temperatura, se eleva el 10% del metabolismo basal, por ello el cuerpo se vuelve más reactivo, mostrando un mayor gasto de energía.

3.2.11. Preparación del Alta

Para la preparación del Alta, se debe tener en cuenta protocolos de criterios orientativos para el alta del paciente. Los casos confirmados de COVID-19 deben permanecer aislados hasta la recuperación de los síntomas clínicos. Se debe informar al paciente y a su familia sobre las medidas de higiene personal, medidas de aislamiento, higiene doméstica, manipulación de alimentos, manejo

de residuos, ventilación adecuada de las habitaciones, entre otras medidas básicas. Finalmente, se debe aportar documentación por escrito.

En caso de que el paciente fallezca el Alta debe realizarse bajo el procedimiento del hospital, éste debe contemplar la gestión de pacientes fallecidos por COVID-19. Este procedimiento debe ser diligente y rápido, ya que el cadáver debe ser transferido lo antes posible al depósito después del fallecimiento.⁴⁴

3.3. Registros clínicos de enfermería

Los registros clínicos de enfermería conforman la evidencia escrita de los cuidados que se brindan a los pacientes, por excelencia son un medio de comunicación que permite la coordinación entre los profesionales del área de salud. La realización correcta de los registros clínicos permite la continuidad de los cuidados y la seguridad del paciente.⁴⁷

El registro de enfermería es un testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente al paciente. Las notas que se realizan en los registros se consideran una narración cronológica, escrita, clara, precisa, detallada y ordenada de la situación, evolución y seguimiento del estado de salud e intervenciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que el personal de enfermería brinda a la persona, a la familia y la comunidad.⁴²

El registro de enfermería solo puede ser redactado por el personal de enfermería es un instrumento valioso por su contenido de información de lo que se le realizó a so deja de hacer en el paciente y se considera un documento médico legal.⁴⁸

Son registros en donde se aplica la comunicación escrita de hechos esenciales los cuales forman una historia clínica del paciente durante un periodo determinado. El expediente o registro de una persona es una relación escrita de sus antecedentes y problemas de salud y su respuesta a la misma.⁴⁸

Enfermería es responsable del uso correcto y de la custodia del expediente clínico de todo paciente, asegurando las anotaciones de enfermería en forma clara legible y verás por considerarse un documento de tipo legal. El expediente clínico contiene:

- Hoja de temperatura
- Historia clínica.
- Órdenes médicas.
- Hoja de evolución.
- Hoja de control de medicamentos.
- Nota de enfermería.
- Informe de laboratorios.
- Hoja de admisión y otros.⁴⁸

3.3.1. Objetivos de los registros de enfermería

Los objetivos de los registros de enfermería son los siguientes:

- Proporcionar un registro escrito de los datos reunidos del paciente. Es un instrumento que sirve como medio de comunicación entre los profesionales para la continuidad de los cuidados.
- El expediente del paciente es una fuente valiosa de información para que enfermería desarrolle el plan de cuidados para el paciente.
- Evidencia los cuidados y acciones que se practican con el paciente.

- Sirve como material de investigación.
- La información contenida en el registro sirve para el fortalecimiento en la educación del personal.
- Es un documento que sirve como formación estadística.
- Tiene como finalidad tener una constancia del tratamiento administrado.⁴⁸

De esta manera, los registros de enfermería tiene ventajas que aportan de gran manera se constituye como una fuente de información confidencial. Por otro lado, tiene un carácter legal ante los tribunales y sirve como prueba en algunos casos legales en caso de que se presente un caso. Por esta misma razón, son medios de verificación para la investigación disciplinar o legal. Asimismo, se puede afirmar que el registro de enfermería proporciona un cuadro completo de la historia del enfermo, sus problemas y los cuidados planeados para el paciente, al tener la información organizada permite los estudiantes confrontar la práctica y la teoría, pueden hacer el seguimiento.⁴⁸

3.3.2. Importancia de los registros de enfermería

El registro de enfermería en el expediente del paciente se utiliza como comprobante de los tratamientos recibidos y demás prescripciones ordenadas por el médico, en este registro se incluye las decisiones que toma el profesional de enfermería y se anota las respuestas del paciente a cada medida cumplida, ya que es quien se entera de situaciones que se pueden presentar en cada turno y los cuidados que pueden brindarse a los pacientes.

Las ventajas de tener un registro de enfermería bien elaborado va a contribuir como medio de comunicación entre el personal de enfermería y otros miembros del equipo; además de poseer un valor ético-legal. De esta manera, sirve de pauta para dar continuidad a los planes o cuidados de enfermería, además

pasado el tiempo se puede volver a consultar de forma indefinida al ser impresos y quedar en los archivos de los hospitales.

3.3.3. Características de los registros de enfermería

Las características más sobresalientes de los registros de enfermería son:

- **Redacción:** La manera de redactar los registros de enfermería debería cuidar los siguientes aspectos:
 - *Veracidad:* Se debe escribir con la verdad siempre.
 - *Precisión:* La omisión de un registro es tan imprecisa como una anotación incorrecta, por ejemplo el registro de las horas es precisión, la administración de medicamentos y tratamientos se deben anotar posterior a su aplicación.
 - *Legible:* La letra con la que se escribe debe ser clara, sin tachaduras, siempre con bolígrafo, incluso se usa colores para cada turno de trabajo.
 - *Concreta y concisa:* La redacción debe ser repeticiones se debe escribir lo esencial y en forma resumida con palabras que entiendan para expresar lo realizado.⁴⁸
- **Contenido:** El contenido de los registros de enfermería deben escribirse según una secuencia lógica, explicando lo que sucede con el paciente tal como suceden.
 - *Cronología:* Se debe anotar de forma cronológica los cuidados de enfermería, tratamientos, procedimientos, horarios, etc.
 - *Recepción del paciente:* Tomar en cuenta el estado del paciente anotar la hora de ingreso soluciones que se le administran y estado en el que se encuentra.
 - *Refiere sobre el paciente:* El paciente debe brindar ayuda para escribir los registros de enfermería.

- *Cuidados que se brinda:* El profesional de enfermería debe redactar los registros de todos los cuidados brindados durante el turno como el baño diario, higiene oral, curación de heridas, movilización dentro y fuera de la unidad.
- *Finalización del turno:* Se describe el estado del paciente, explicando si está mejor, grave o igual.

3.3.4. Análisis SOAPIE de enfermería

Es un método sistemático para el registro e interpretación de los problemas y necesidades de la persona o paciente. Así como las intervenciones, observaciones que realiza la enfermera; también se le conoce como estructura o reglas del registro de la enfermera.

La sigla S.O.A.P.I.E. corresponde a los siguientes contenidos:

- **S: Datos Subjetivos:** Incluyen los sentimientos, síntomas y preocupaciones del paciente, se documente las palabras del paciente o un resumen de la conversación.
- **O: Datos Objetivos:** Consiste en los hallazgos obtenidos durante la valoración, se descubre por el sentido de la vista oído, tacto y olfato o por instrumentos como el termómetro, tensiómetro y exámenes auxiliares, etc.
- **A: Análisis o diagnóstico:** puede ser real o potencial y siempre va el “relacionado con” y (M/P manifestado y E /P evidenciado por) para determinar los factores determinantes o condicionantes y el código de diagnóstico de la NANDA.
- **P: Plan de atención:** se registra el objetivo de la planificación, comprende lo que la enfermera planifica hacer.

- **I: Intervención o ejecución:** Se refiere a ejecutar el plan diseñado con la finalidad de resolver los problemas identificados. acciones inmediatas y mediatas
- **E: Evaluación de los resultados esperados:** Se evalúa la eficacia de la intervención efectuada; registrada en presente concluye con la firma del colegio y sello de la enfermera que atendió.⁴⁹

3.4. Marco Contextual

El Hospital Obrero N°1 se originó en la década de los cuarenta del siglo pasado, por la necesidad que existía de cubrir contingencias sociales a las que se hallaban expuestos los trabajadores del país y en especial los del sector minero. En 1847 se inició la construcción del Hospital Obrero en terrenos anexos a la ex fábrica Said, hoy cancha fabril, proyecto que fue suspendido al presentarse fallas geológicas. Ante la insuficiencia de la extensión se adquirieron tres terrenos aledaños con los cuales el área ascendió a un total de 6.883m. correspondiendo la gestión al Presidente de la entidad Remberto Capriles y al Gerente Hernán Calderón.⁵⁰

Finalmente, el hospital fue inaugurado el 31 de octubre de 1955 por el presidente Víctor Paz Estenssoro, en 1957 se completó el equipamiento en forma absoluta poniéndose a disposición de los asegurados todos los servicios especializados. La capacidad inicial fue de 120 camas, las cuales se ampliaron paulatinamente hasta su capacidad total de 300 camas como fue concebido.

Actualmente el hospital se encuentra bastante deteriorado en su infraestructura con serias fallas en su sistema eléctrico, hidrosanitario, con sistemas de ubicación de salas y distribución de camas no acorde a la época actual, con carencia de baños y duchas sobre todo para uso de los pacientes.

Presta servicios en las siguientes especialidades con la respectiva distribución del número de camas, en Urgencias 8; Terapia Intensiva; Cirugía General y coloproctología 92; Cardiología 24; Traumatología y ortopedia 50; Urología 47; Quemados 19; Cirugía cardiotorácica y vascular periférica 30; Medicina interna 90; Nefrología y hemodiálisis 19; Anestesiología 15 quirófanos, 22 camillas; Unidad de trasplante renal; Unidad de odontología.

En el área administrativa se cuenta con el siguiente personal que presta sus servicios en este ilustre hospital. Médicos 142; Bioquímicos 12; Farmacéuticos 12; Nutricionistas 10; Trabajadora social 6; Lic. En enfermería 212; Auxiliar en enfermería 180; Técnicos 64; Administrativos 116; Chóferes 22; Trabajadores manuales 174; Total personal de planta 950; Total personal a contrato 950. Total general 1033 profesionales.

Finalmente, la labor asistencial del Hospital Obrero N°1 se ve enriquecida con la incorporación del Sistema Nacional de Residencia Médica, enmarcada bajo los principios de la integración docente-asistencial y en el marco de las Normas y reglamentos del CRIDAI y el CNIDAI.⁵⁰

3.4.1. Unidad de Terapia Intensiva

La Unidad de Terapia Intensiva (UTI) atiende a pacientes críticos graves que en su mayoría requieren ventilación mecánica, el profesional de enfermería debe tener conocimiento sobre el manejo de equipos de alta tecnología.

Las fortalezas de la UTI gracias a su moderna tecnología, son la atención de pacientes graves portadores de trastornos metabólicos, sepsis, choque séptico, cirugía de corazón, coronarios, trasplante renal, pancreatitis, politraumatizados, gineo-obstétricos, neurológicos con amplia experiencia en el manejo Guillan Barre.

La UTI se encuentra en la localizada en la planta baja, se trata de un servicio polivalente, cerrado, que dispone de 8 unidades para internación de pacientes críticos recuperables con ambientes aislados para manejo avanzado de pacientes que así lo requieran, en esta unidad se cuenta con ventiladores mecánicos inteligentes aptos para trabajar a 4500 metros de altura, cuenta con monitores que ofrecen monitorización mínimamente invasivo con catéteres volumen view, Flo-Trae, Pre-Sep que efectúan mediciones de gasto cardiaco dinámico, tiempo real, estático, agua pulmonar extravascular, saturación venosa central de oxígeno continua, volumen diastólico global que es una variable ahora reemplazada por la PVC además incluye monitorización invasiva de presión arterial, presión venosa central, presión intracraneal y cateterismo pulmonar.

Misión de la UTI

Es una Unidad polivalente con actividad docente- asistencial e investigación, altamente especializada, de referencia nacional, que brinda atención médica al paciente críticamente enfermo, con oportunidad, calidad, calidez y profesionalismo, buscando alcanzar su rápida recuperación y pronta restitución al núcleo familiar y social, utilizando personal altamente especializado y tecnología de punta.

Visión de la UTI

Ser una Unidad con actividad docente-asistencial e investigación, con liderazgo nacional, reconocida dentro y fuera del país, capaz de solucionar con éxito las patologías prevalentes del enfermo crítico de Bolivia, comprometida en la búsqueda de alcanzar estándares internacionales de eficiencia, aplicando guías modernas de atención médica y bioética.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad respiratoria infecto-contagiosa provocada por el virus SARS-CoV-2, denominada COVID-19, presenta elevada gravedad y mortalidad, superior a otras enfermedades respiratorias, por ello, es importante el cuidado y seguimiento que realice el profesional de enfermería durante la estancia del paciente COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva.²⁷

El cuidado de enfermería es fundamental en la recuperación del paciente, sin embargo, durante la pandemia debido al exceso de pacientes y la falta de insumos, los cuidados de enfermería fueron extremados, por ello, se ve la necesidad de analizar el seguimiento que realizó la profesional de enfermería a los pacientes COVID-19, durante la gestión 2020.

La forma tan intempestiva en la que se presentó la pandemia en el mundo entero provocó que la atención del paciente COVID-19 se realizará de diferentes formas, poco a poco, con el avance de los meses, se pudieron organizar protocolos y guías que permitieron la estandarización de los cuidados, sin embargo, en muchos casos, la atención fue guiada solamente por el criterio profesional.

Los casos se incrementaron alarmantemente en todos los centros hospitalarios bolivianos, y fueron insuficientes las camas y recursos para la atención de estos pacientes, de la misma manera, en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Obrero N°1 se vio una figura similar, el personal resultó insuficiente para la atención, siendo que es tan importante la fase de recepción del paciente, porque el profesional de enfermería debe realizar varias actividades fundamentales para alcanzar la restauración de la salud, posteriormente, en la asistencia al paciente, se debe realizar la valoración diagnóstica, tratamiento y atención, tanto física y mental del paciente, asimismo de los acompañantes.³²

En la atención a estos pacientes, los procedimientos de riesgo deben ser planificados cuidadosamente para adoptar maniobras de protección y seguridad, medidas que pueden resultar más complicadas en situación de emergencia, sin embargo, el personal de enfermería debe exponerse al mínimo empleando equipo de protección, y sobre todo cuidando el buen funcionamiento y sellado adecuado de las mascarillas de protección respiratoria.³³

Se pudo apreciar a priori que los registros de enfermería no reflejan de manera real el seguimiento que realiza la profesional de enfermería, es decir, muchos de los registros están incompletos, no reflejan el verdadero trabajo que realiza día a día la profesional de enfermería, siendo una gran debilidad esta situación.

En la actualidad, se pretende estandarizar la atención del paciente COVID-19 sobre todo en Unidades tan complejas como lo es la Unidad de Terapia Intensiva, por ello, es necesaria la realización de la presente investigación, porque los resultados que se obtuvieron servirán de base para futuras investigaciones y para organizar mejor la atención a este tipo de pacientes.

4.1. Formulación del problema

Por todo lo manifestado, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo fue el seguimiento de los cuidados de enfermería en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, La Paz, Bolivia, gestión 2020?

V. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General

- Determinar el seguimiento de los cuidados de enfermería en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, La Paz, Bolivia, gestión 2020.

5.2. Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas de los pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva con diagnóstico COVID-19, durante julio y agosto de 2020.
2. Identificar la comorbilidad de los pacientes internados con COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva.
3. Describir las formas de diagnóstico que se utilizaron para la detección del paciente COVID-19.
4. Describir los cuidados de enfermería que se realizan a los pacientes con COVID-19.
5. Identificar la estancia hospitalaria y la mortalidad de pacientes por COVID-19, en la Unidad de Terapia Intensiva.
6. Proponer una guía para el correcto registro de enfermería, con el fin de mejorar el registro del seguimiento de los cuidados realizados por el personal profesional de enfermería.

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

6.2. Tipo de estudio

La presente investigación se realiza bajo el enfoque Cuantitativo, y es de tipo Descriptivo de Corte transversal y retrospectiva.

Cuantitativo: Pertenece al enfoque cuantitativo porque corresponde al paradigma científico positivista, asume el estudio de una realidad objetiva, por ello usa un instrumento estructurado. En este sentido, la investigación usa procedimientos rigurosos, para obtener datos estadísticos y mostrar a partir de la revisión de historia clínicas el seguimiento de los cuidados de enfermería que se realiza a los pacientes internados con diagnóstico COVID-19.

Descriptivo: La investigación es descriptiva porque el fin principal fue describir las características, elementos o aspectos sobresalientes de las historias clínicas sobre el seguimiento que realiza el profesional de enfermería sobre los cuidados de enfermería de los pacientes COVID-19.

Transversal: Debido al tiempo en el que se recolectó la información fue de diseño transversal, este tipo de diseños permiten que la recolección de la información sea un tiempo único. En el presente caso fue los meses de julio y agosto de la gestión 2020.

Retrospectivo: La presente investigación realizó la revisión del registro de enfermería de los pacientes adultos con COVID-19, que fueron atendidos durante julio y agosto de la gestión 2020.

6.3. Área de estudio

El Hospital Obrero N°1, es un hospital de tercer nivel, que atiende a pacientes de todo el territorio boliviano. Inició actividades el 31 de octubre de 1955, con una capacidad de 120 camas, actualmente cuenta con más de 400 camas. Presta servicios en las siguientes especialidades con la respectiva distribución del número de camas, en Urgencias 8; Terapia Intensiva; Cirugía General y coloproctología 92; Cardiología 24; Traumatología y ortopedia 50; Urología 47; Quemados 19; Cirugía cardiorácica y vascular periférica 30; Medicina interna 90; Nefrología y hemodiálisis 19; Anestesiología 15 quirófanos, 22 camillas; Unidad de trasplante renal; Unidad de odontología.

La presente investigación se realizó en la Unidad de Terapia Intensiva, donde se atienden a pacientes COVID-19, con complicaciones.

6.4. Universo y muestra

El presente estudio se desarrolló en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Obrero N°1 que atiende a los pacientes que se recuperan de Terapia Intensiva. Esta unidad durante julio y agosto de la gestión 2020 atendió a 15 pacientes adultos con el diagnóstico de COVID-19.

6.4.1. Muestra

Para el presente estudio No se tomó ningún muestreo, simplemente se aplicaron criterios de inclusión y exclusión para seleccionar a los participantes de la investigación. En este sentido, el total de pacientes con el que se contó fueron 15 pacientes entre hombres y mujeres mayores de edad, todos con diagnóstico COVID-19.

6.5. Criterios de inclusión y exclusión

6.5.1. Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión que se consideraron fueron los siguientes:

- Pacientes de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Obrero N°1.
- Pacientes internados con el diagnóstico de COVID-19.
- Pacientes que estuvieron internados más de tres días.
- Pacientes internados entre julio y agosto de la gestión 2020.

6.5.2. Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión que se emplearon fueron los siguientes:

- Pacientes de otras unidades diferentes a la Unidad de Terapia Intensiva.
- Pacientes que estuvieron internados menos de tres días.
- Pacientes con alta solicitada con menos de tres días.
- Pacientes atendidos en meses diferentes a julio y agosto de la gestión 2020.

6.6. Variables

Las variables de estudio fueron las siguientes:

Variable independiente:

- Datos sociodemográficos de pacientes:
 - Sexo.
 - Edad.

- Comorbilidad.
- Forma de diagnóstico.
- Tiempo de estancia (días).

Variable dependiente:

- Cuidados de enfermería:
 - Funciones vitales basales.
 - Terapia respiratoria.
 - Uso del oxígeno de alto flujo.
 - Ventilación mecánica no invasiva.
 - Intubación.
 - Control de la fiebre.
 - Posición del paciente.
 - Alta.
 - Fallecido.

6.7. Operacionalización de Variables

Cuadro N° 1 Operacionalización de variables

VARIABLES DE ESTUDIO					
VARIABLE INDEPENDIENTE		TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA	INDICADORES
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	Sexo	Cualitativo nominal	Sexo biológico de la persona.	Femenino Masculino	Frecuencias y porcentajes.
	Edad	Cualitativa Ordinal	Cantidad de años desde el nacimiento.	25 a 35 años 36 a 45 años. 46 a 55 años Más de 56 años.	Frecuencias y porcentajes
COMORBILIDAD DE LOS PACIENTES	Comorbilidad	Cualitativa nominal	Son las enfermedades base que puede tener el paciente.	Obesidad Diabetes Hipertensión Asma Antecedentes de tuberculosis Cáncer Enfermedad renal Infartos Otros	Frecuencias y porcentajes
FORMAS DE DIAGNÓSTICO	Formas de diagnóstico	Cualitativa nominal	La prueba utilizada para establecer COVID-19.	Prueba rápida Prueba PCR	Frecuencias y porcentajes
TIEMPO DE ESTANCIA	Días hospitalizado	Cualitativa ordinal	Cantidad de días que permaneció en el hospital	6 a 10 días 11 a 15 días 16 a 20 días Más de 20 días	Frecuencias y porcentajes
VARIABLE INDEPENDIENTE		TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA	INDICADORES
CUIDADOS DE ENFERMERÍA	Funciones vitales basales	Cualitativa nominal	Reflejan las funciones esenciales del cuerpo, permite evaluar el funcionamiento físico.	Frecuencia respiratoria Frecuencia cardíaca Presión arterial Saturación de oxígeno Glasgow PVC PCP Llenado capilar Pupilas Diuresis	Frecuencias y porcentajes

				Modo de ventilación Balance hídrico	
PROCESO ENFERMERO SOAPIE	subjetivo	Cualitativa nominal	Incluye datos que refiere el paciente	Preciso Ambiguo Incompleto No requirió	Frecuencias y porcentajes
	Objetivo Neurológico Respiratorio Cardiovascular Digestivo Renal Músculo esquelético	Cualitativa nominal	Hallazgos obtenidos durante la valoración.	Preciso Ambiguo Incompleto No requirió	Frecuencias y porcentajes
	Análisis	Cualitativa nominal	Diagnóstico real o potencial evidenciado por	Preciso Ambiguo Incompleto No requirió	Frecuencias y porcentajes
	Planificación	Cualitativa nominal	Comprende lo que la enfermera planifica	Preciso Ambiguo Incompleto No requirió	Frecuencias y porcentajes
	Intervención	Cualitativa nominal	Refiere a ejecutar el plan diseñado con la finalidad de resolver los problemas identificados	Preciso Ambiguo Incompleto No requirió	Frecuencias y porcentajes
	Evaluación	Cualitativa nominal	Evalúa la eficacia de la intervención efectuada	Preciso Ambiguo Incompleto No requirió	Frecuencias y porcentajes
MEDICAMENTOS	Farmacoterapia	Cualitativa nominal	Administración de los medicamentos en horario	Completo Incompleto No necesita	Frecuencias y porcentajes
BIOSEGURIDAD	Medidas de bioseguridad	Cualitativa nominal	Uso de equipos y materiales necesarios para proteger la salud del profesional	Registrado No registrado	Frecuencias y porcentajes
ESTADO DE EGRESO	Egreso del paciente	Cualitativa nominal	Forma en la que sale del hospital	Transferencia Alta solicitada Fallecido	Frecuencias y porcentajes

Fuente: Elaboración propia, 2020.

6.8. Técnicas y procedimientos: métodos, técnicas e instrumentos

Para la recolección de los datos, se aplicó un instrumento de investigación, denominado “Ficha de registro”, que permitió la obtención de la información de los registros de enfermería, el instrumento fue validado antes de su aplicación por tres expertos en el área de terapia intensiva, proceso que ayudó a mejorar el instrumento. Los registros de enfermería se encontraban archivados en la Unidad de Terapia Intensiva, donde se buscaron uno por uno, según el número de pacientes y posteriormente, se revisó analizando el seguimiento de los pacientes COVID-19.

Para la obtener resultados se tabuló los datos a partir de cuatro indicadores:

Preciso	:	La información expuesta está de forma cronológica, clara, concisa, precisa y completa.
Ambiguo	:	La información expuesta era confusa, no se entendía, incierta.
Incompleto	:	La información no está completa, faltan datos, no se refleja seguimiento.
No requirió	:	El paciente no necesita de esos cuidados, por el desarrollo de su enfermedad.

Fuente: Elaboración propia, adaptado de Quispe, B. 2014.

La sistematización de la información se la realizó a través del programa estadístico SPSS, versión 15, con éste se pudo organizar los datos obtenidos, posteriormente se utilizó el programa Excel de Microsoft para graficarlos y reflejarlos en gráficos y cuadros.

6.9. Consideraciones Éticas

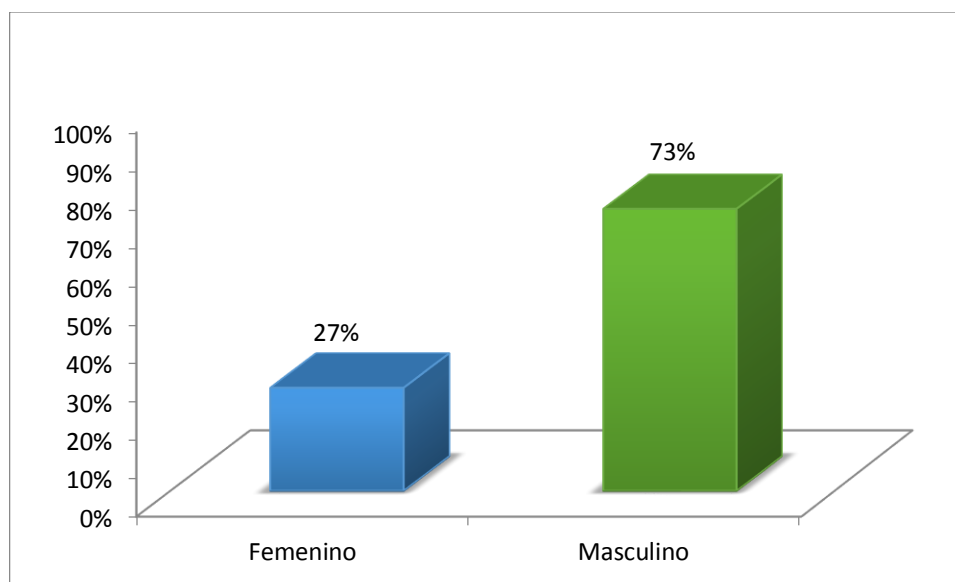
Dando cumplimiento de las normas de la ética de investigación al iniciar la investigación se solicitaron los permisos correspondientes dentro del marco de norma institucional del Posgrado de Medicina UMSA y con la institución donde se realizó el estudio correspondiente, haciendo las cartas correspondientes:

- Carta a Jefatura de Enfermería.
- Carta a responsable de Enseñanza e Investigación de enfermería.
- Carta a la Unidad de Terapia Intensiva.

Por otro lado, se debe hacer notar que la Ficha de registro pasó por un proceso de validación, que consistió en la revisión del mismo, por tres profesionales expertas en el tema que hicieron sus recomendaciones y observaciones con el fin de mejorar el instrumento, una vez revisado y aceptado por las expertas se recurrió a la aplicación del mismo.

VII. RESULTADOS

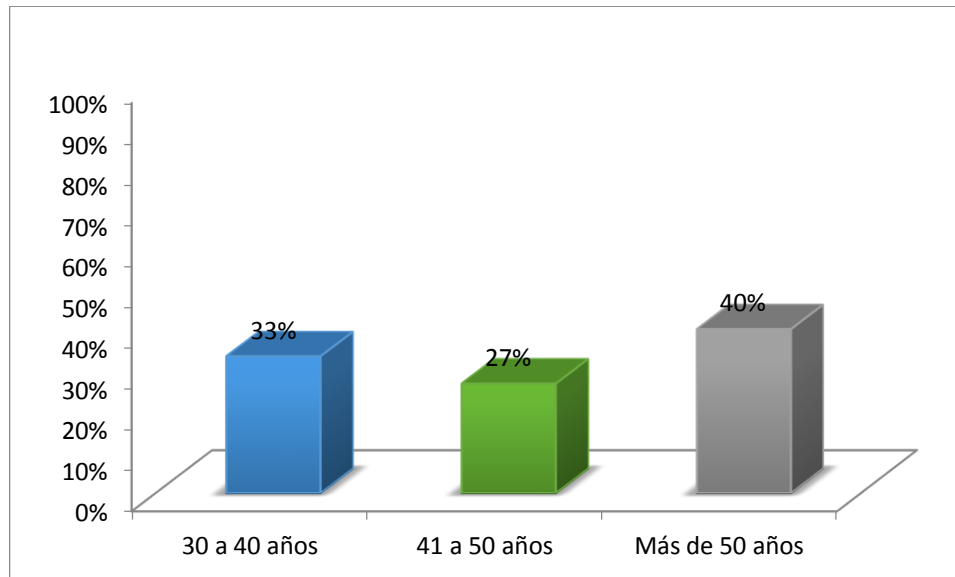
Gráfico N° 1 Distribución porcentual según sexo de los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020



Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

Los datos mostraron que el 27% de los pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva fueron del sexo femenino y el 73% pertenecían al sexo masculino, siendo la mayoría hombres.

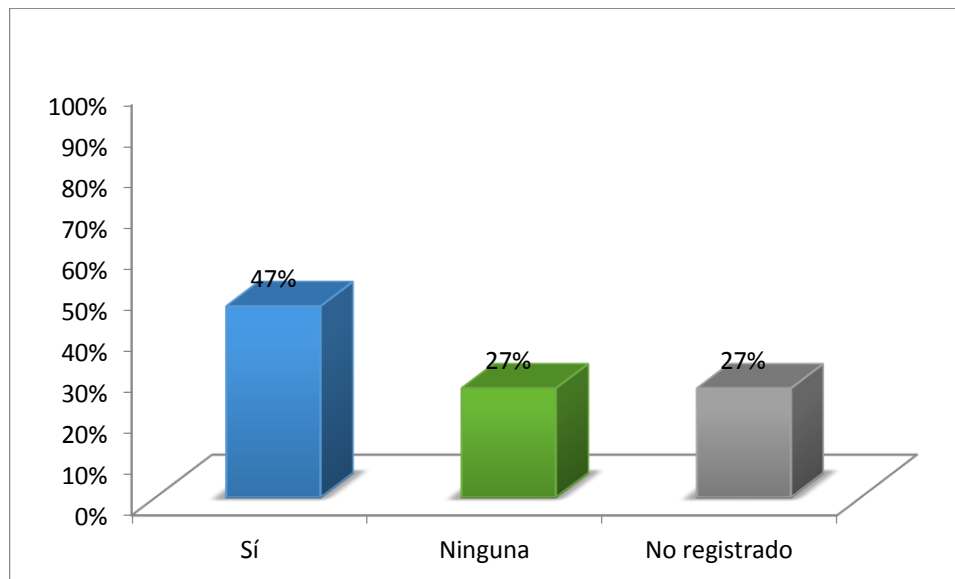
Gráfico N° 2 Distribución porcentual según edad de los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020



Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

Respecto a la edad de los pacientes se conoció que el 33% tenían una edad entre 30 y 40 años, por otro lado, el 27% tenían entre 41 a 50 años de edad, finalmente, el 40% siendo el grupo más elevado tenían más de 50 años siendo un grupo muy vulnerable.

Gráfico N° 3 Distribución porcentual según comorbilidad de los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020



Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

En cuanto a la comorbilidad de los pacientes internados según los registros de enfermería en el 47% sí presentaban alguna enfermedad de base, en el 27% de los pacientes no tenían ninguna enfermedad base, y el 27% de los pacientes no registraron ninguna enfermedad de base, lo que pudo suceder por falta de tiempo o personal.

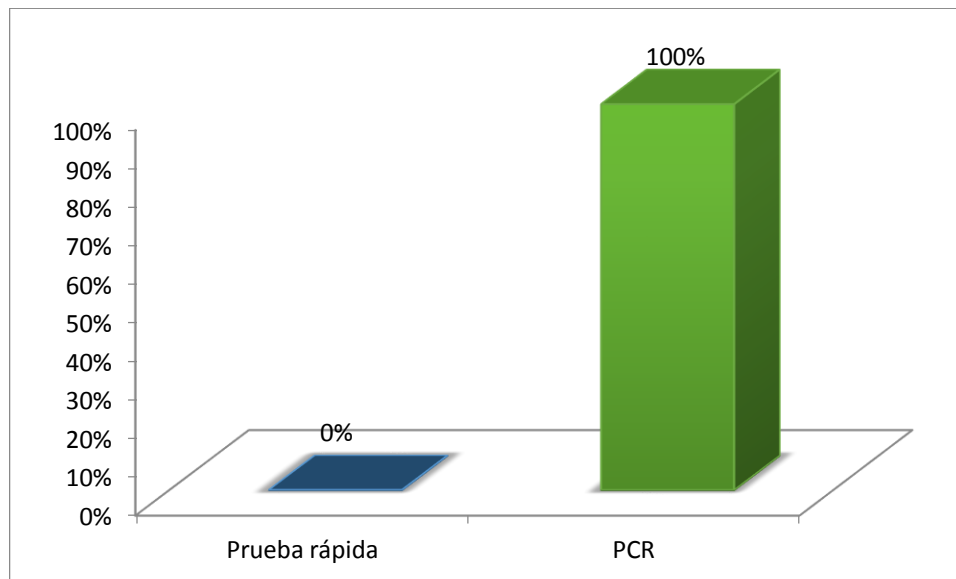
**Cuadro N° 2 Distribución porcentual según enfermedades de base de
pacientes COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva,
Hospital Obrero N°1, gestión 2020**

Opción	Frecuencia
Artritis reumatoidea	1
Cetoacidosis diabética	1
Diabetes Mellitus II	2
Hipertensión arterial	1
Histeroectomizada	1
Litiasis renal izquierda	1

Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

En complemento a la tabla anterior las enfermedades de base de los pacientes COVID-19 fueron la Diabetes Mellitus tipo II en dos casos, un paciente tenía Cetoacidosis diabética, otro paciente presentaba hipertensión arterial, otro paciente estaba histeroectomizada, otro paciente presentaba litiasis renal izquierda.

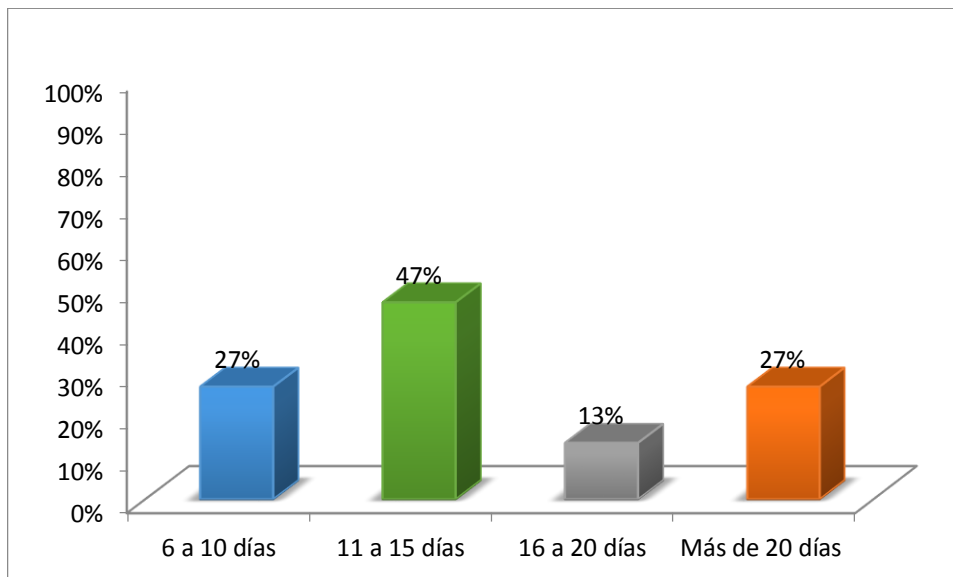
Gráfico N° 4 Distribución porcentual según forma de diagnóstico de los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020



Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

Respecto a la forma de diagnóstico del COVID-19 en los pacientes ingresados entre julio y agosto del 2020 se conoció que el 100% se detectó a través de la prueba PCR, siendo la prueba que se realiza por rutina debido a la efectividad de los resultados.

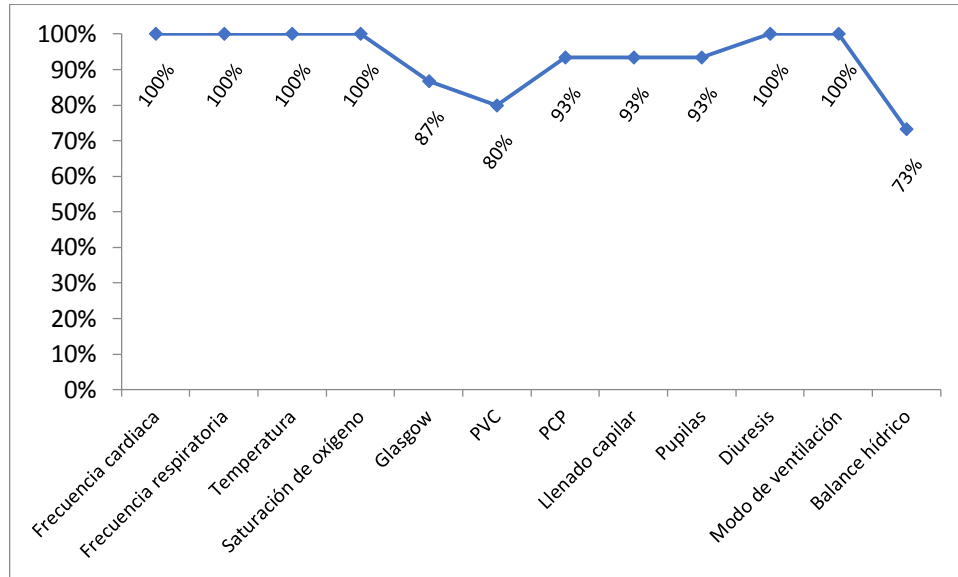
Gráfico N° 5 Distribución porcentual según estancia hospitalaria en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020



Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

El tiempo de estancia de los pacientes adultos hospitalizados fue en el 27% de 6 a 10 días, por otro lado, el 47% de los pacientes estuvieron internados entre 11 a 15 días, el 13% de los pacientes estuvieron internados entre 16 a 20 días y finalmente el 27% estuvieron internados más de 20 días en la Unidad de Terapia Intensiva.

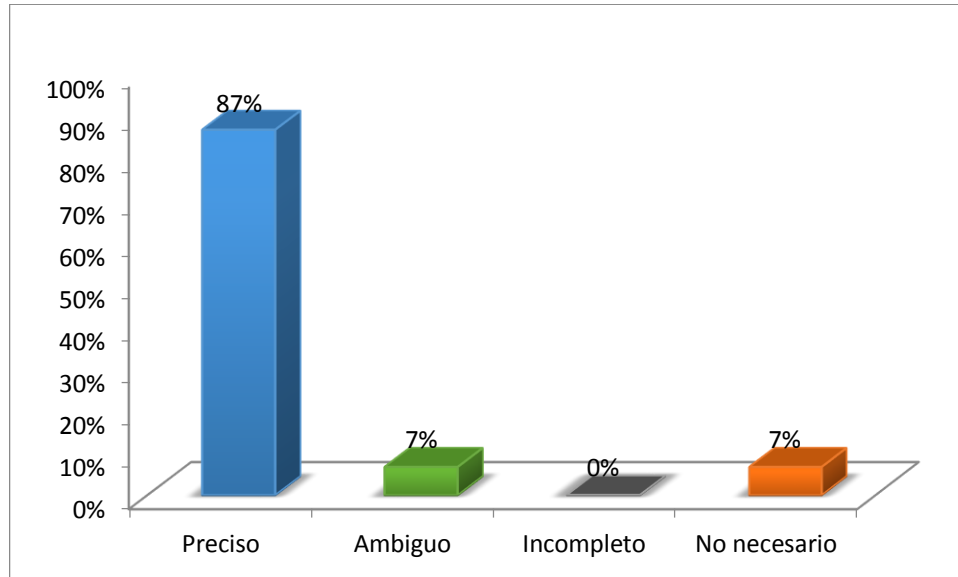
Gráfico N° 6 Distribución porcentual según funciones vitales en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020



Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

Frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno, diuresis y el modo de ventilación, fueron registrados en un 100%; por otro lado, PCP, llenado capilar y pupilas, se denota un registro de datos en un 93% del total de pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva; finalmente se tienen la escala de Glasgow, PVC y el balance hídrico en un 87%, 83% y 73% respectivamente.

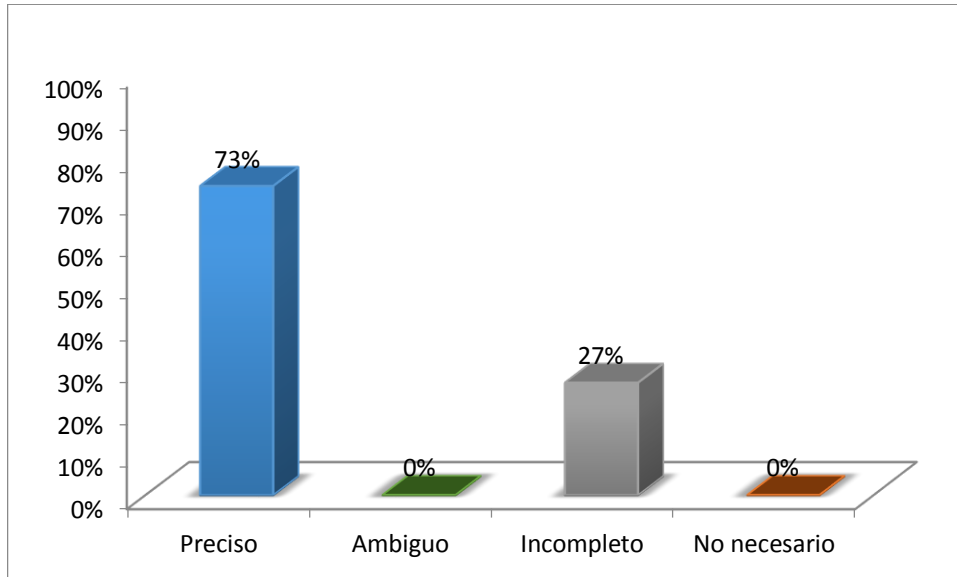
Gráfico N° 7 Distribución porcentual según datos subjetivos en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020



Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

Los datos subjetivos que el paciente denotó en el proceso del cuidado en Terapia Intensiva, se establecen que el 87% fueron registrados de forma precisa; por otro lado, un tiene que el 7% hace un registro ambiguo; y finalmente el 7% no fue necesario su registro, siendo que el paciente solicitó la no intubación.

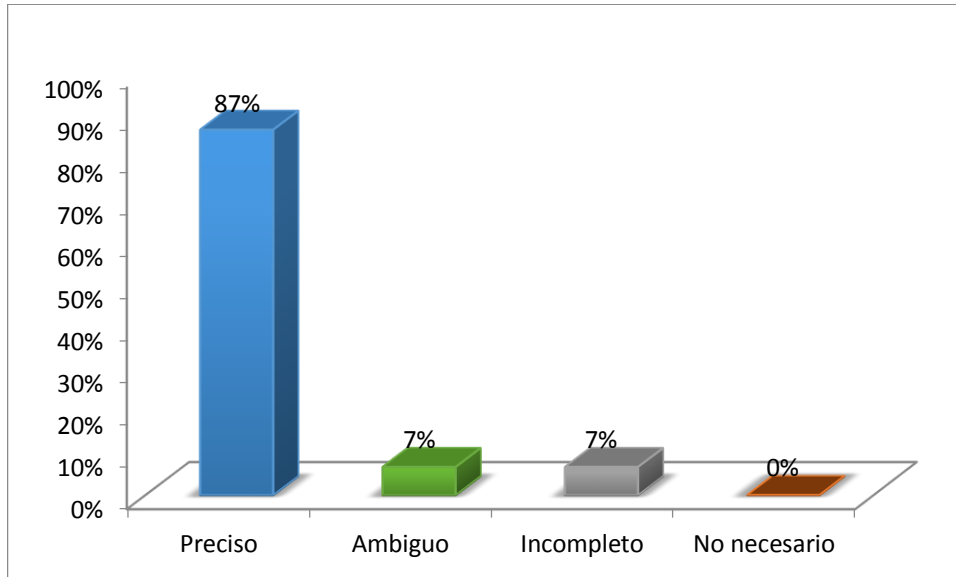
Gráfico N° 8 Distribución porcentual según datos Objetivos (Neurológico) en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020



Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

El registro de los datos neurológicos de los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva se dio en un 73%; sin embargo, el 27% estaba incompleto.

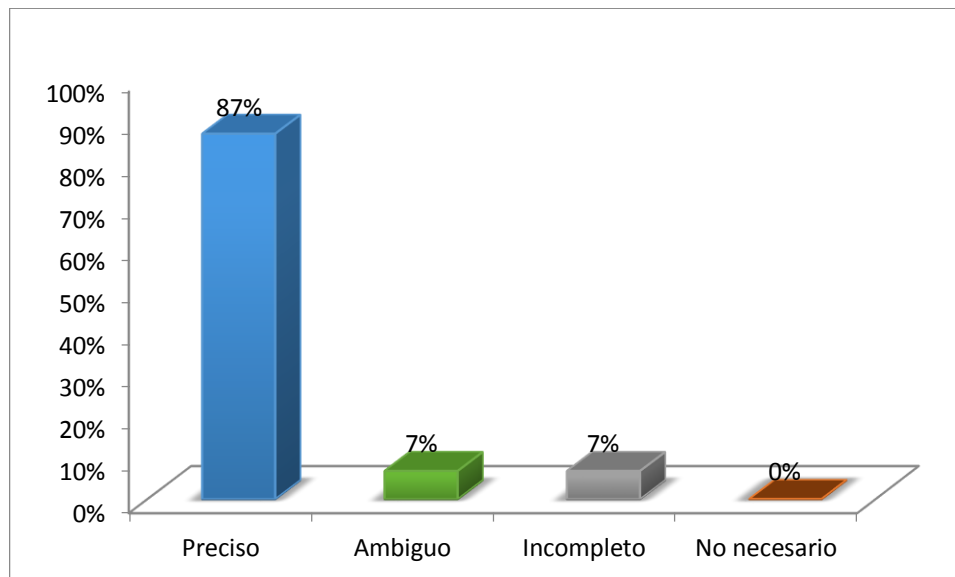
Gráfico N° 9 Distribución porcentual según datos Objetivos (Respiratorio) en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020



Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

En cuanto al registro de datos objetivos a nivel respiratorio, se tiene el 87% fueron registrados con precisión esto determina que existe exactitud en la redacción y anotación de los datos, además del uso de elementos técnicos, y se ve que el 7% fue ambiguo y en un mismo porcentaje está incompleto.

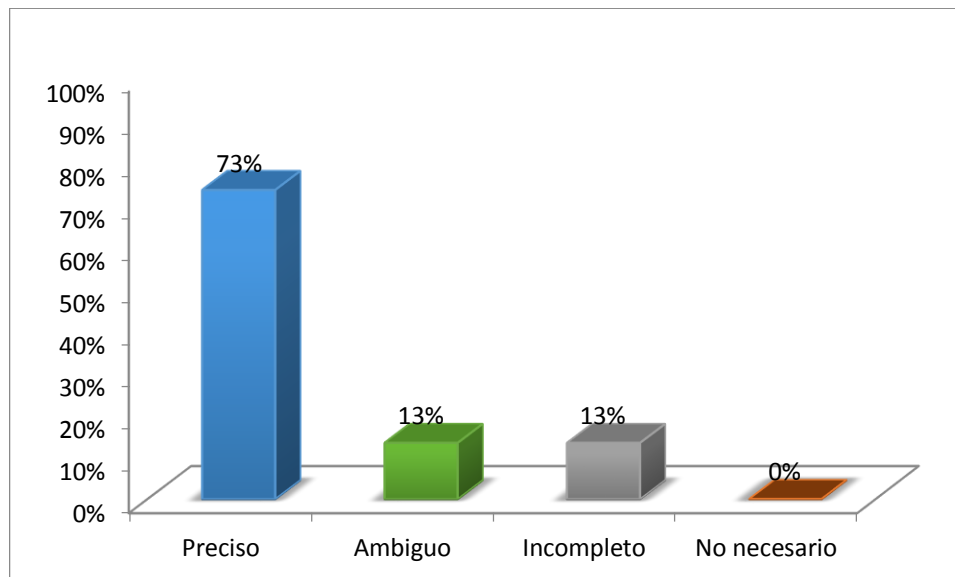
Gráfico N° 10 Cuadro N° 3 Distribución porcentual según datos objetivos (Cardiovascular) en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020



Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

El registro de datos objetivos a nivel cardiovascular, se tiene el 87% fueron registrados con precisión esto determina que existe exactitud en la redacción, además del uso de elementos técnicos, y se ve que el 7% es ambiguo y en un mismo porcentaje está incompleto.

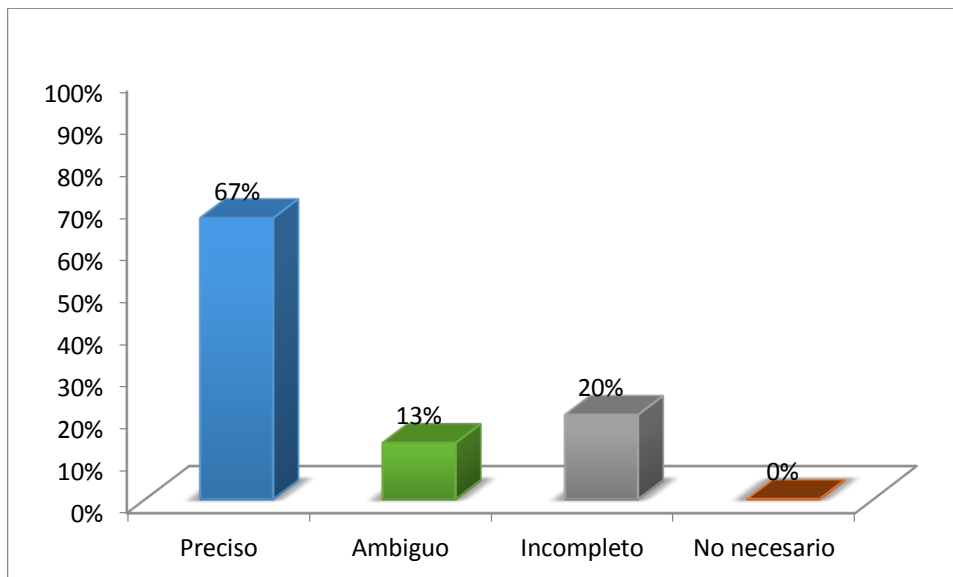
Gráfico N° 11 Distribución porcentual según datos objetivos (Digestivo) en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020



Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

Respecto al registro de datos objetivos a nivel digestivo, se conoció que el 73% fueron registrados con precisión esto determina que existe exactitud en la redacción, además del uso de elementos técnicos, y se ve que el 13% es ambiguo y en un mismo porcentaje está incompleto.

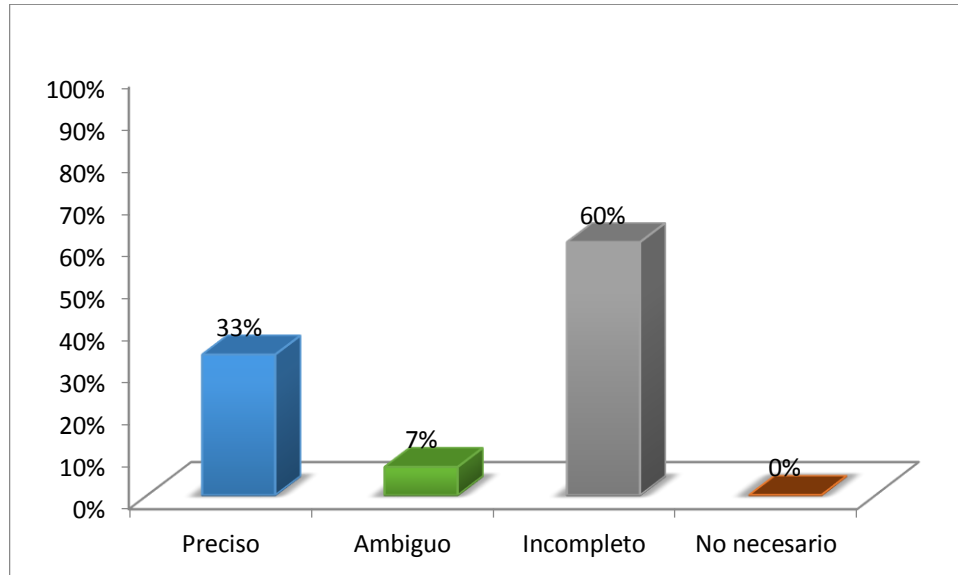
Gráfico N° 12 Distribución porcentual según datos objetivos (Renal) en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020



Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

En cuanto al registro datos objetivos a nivel renal, se tiene el 67% fueron registrados con precisión esto determina que existe exactitud en la redacción, además del uso de elementos técnicos, y se ve que el 13% es ambiguo y en un 20% está incompleto.

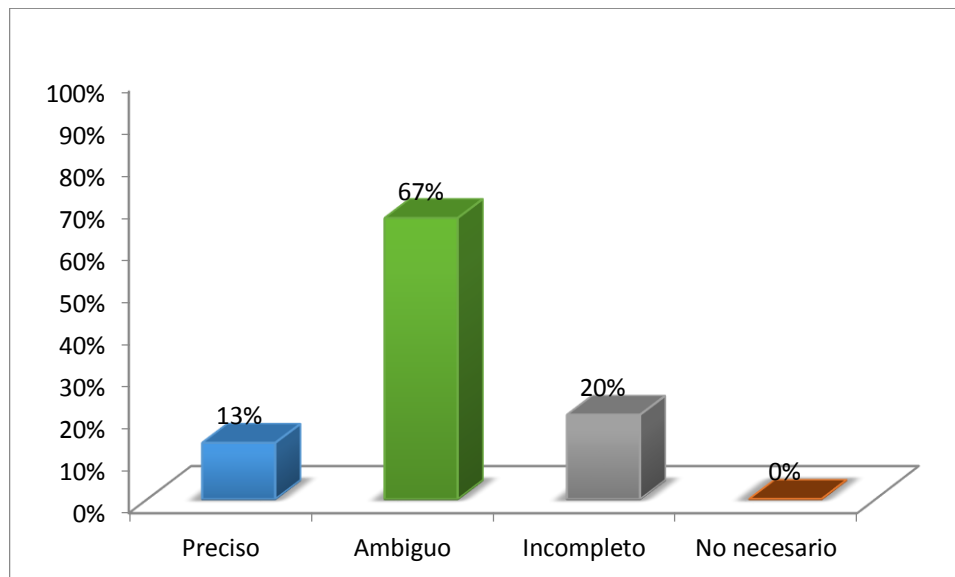
Gráfico N° 13 Distribución porcentual según datos objetivos (Músculo esquelético) en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020



Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

Sobre el registro de datos objetivos a nivel músculo esquelético, se tiene el 33% fueron registrados con precisión esto determina que existe exactitud en la redacción, además del uso de elementos técnicos, y se ve que el 7% es ambiguo y en un 60% está incompleto.

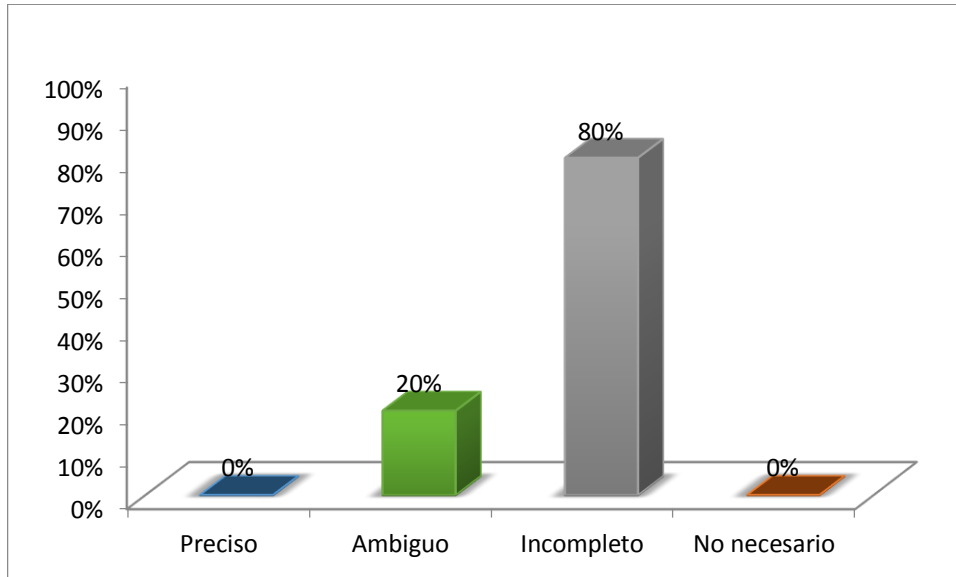
Gráfico N° 14 Distribución porcentual según datos de análisis o diagnóstico en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020



Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

El registro del análisis o diagnóstico de los pacientes adultos, se conoció que el 13% fueron registrados con precisión, esto determina que existe exactitud en la redacción, que coadyuva con la interpretación para la toma de decisiones además del uso de elementos técnicos; por otro lado, el 67% es ambiguo y en un 20% está incompleto.

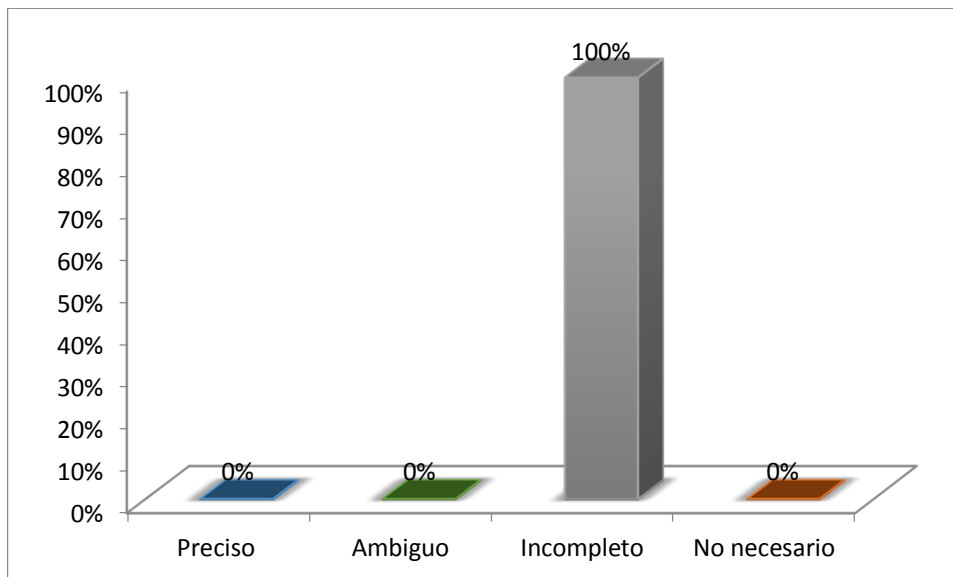
Gráfico N° 15 Distribución porcentual según datos de planificación para los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020



Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

En cuanto al registro del análisis o diagnóstico de los pacientes adultos, se tiene que no existe precisión; por otro lado, el 20% es ambiguo y en un 80% está incompleto. Esto orienta a que existe inexactitud en la redacción, misma que no coadyuva con la interpretación de resultados y debilita la toma de decisiones.

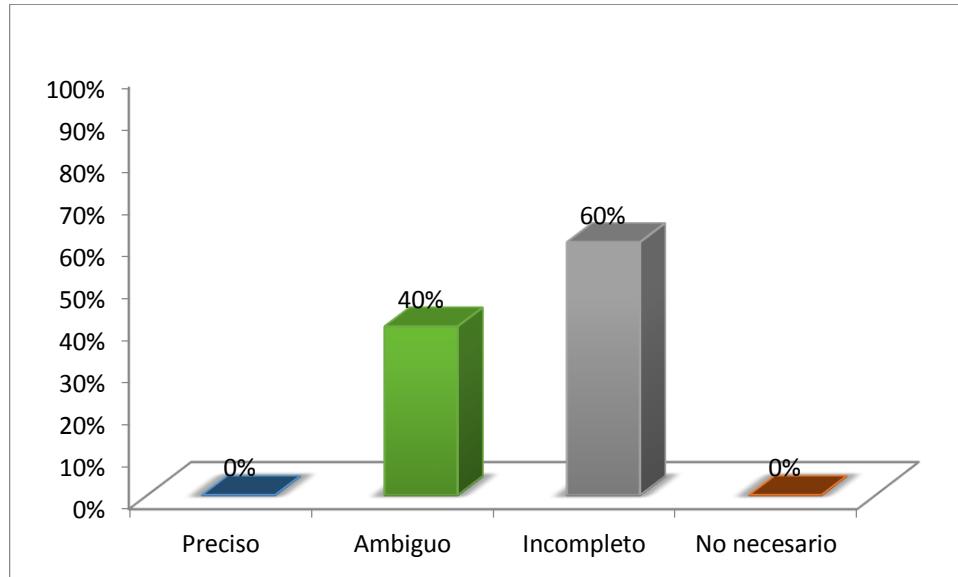
Gráfico N° 16 Distribución porcentual según datos de intervención para los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020



Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

En cuanto al registro del análisis o diagnóstico de los pacientes adultos, se tiene que no existe precisión; por otro lado, en un 100% está incompleto. Esto orienta a que la falta de información precisa no coadyuva con la interpretación de resultados y debilita la toma de decisiones.

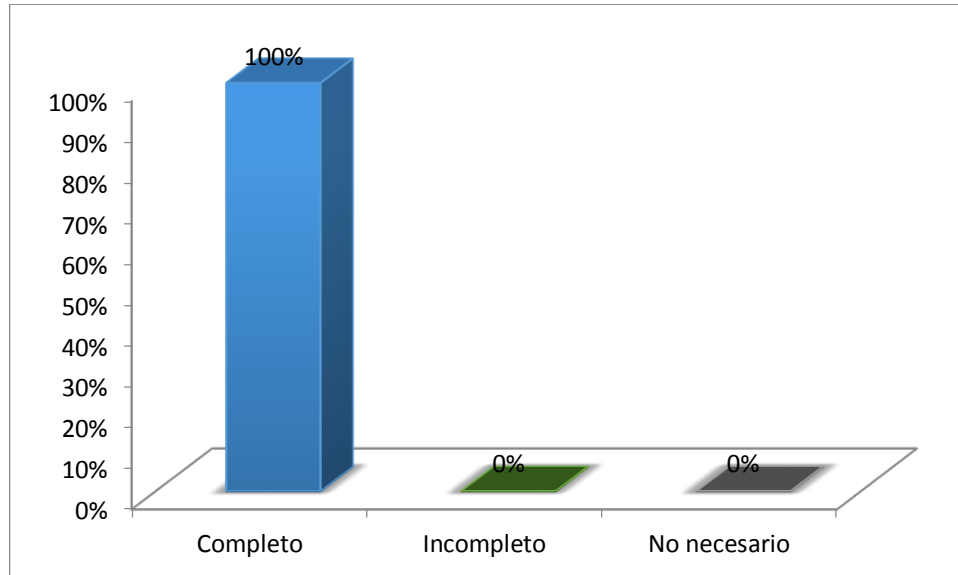
Gráfico N° 17 Distribución porcentual según datos de evaluación para los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020



Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

En cuanto al registro del análisis o diagnóstico de los pacientes adultos, se tiene que no existe precisión; por otro lado, el 40% es ambiguo y en un 60% está incompleto. Esto orienta a que existe inexactitud en la redacción, misma que no coadyuva con la interpretación de resultados y debilita la toma de decisiones.

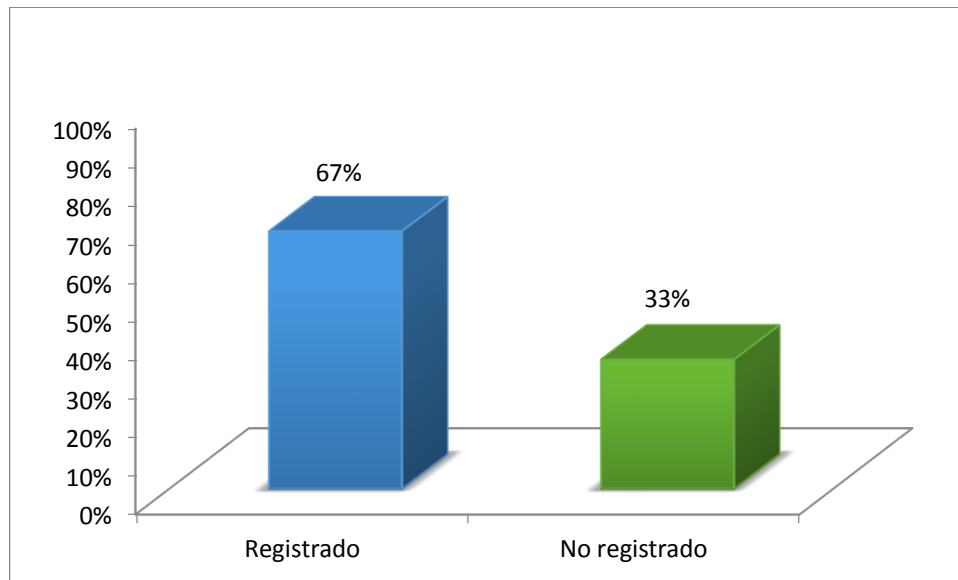
Gráfico N° 18 Distribución porcentual según datos de administración de medicamentos para los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020



Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

El proceso de medicación para el paciente hospitalizado por COVID – 19 se cumple completamente, se entiende que es parte de la estructura fundamental de los cuidados del paciente.

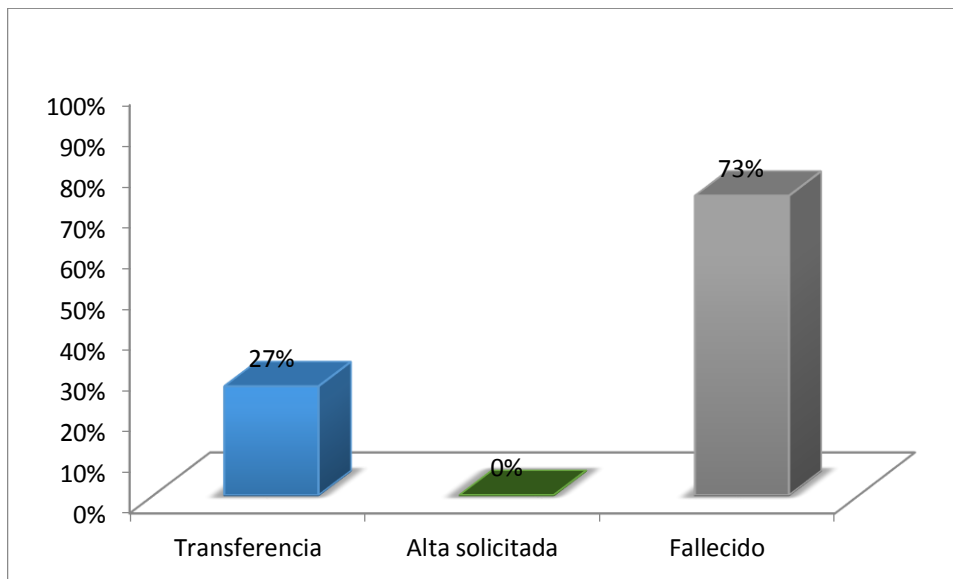
Gráfico N° 19 Distribución porcentual según datos medidas de bioseguridad para el cuidado de los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020



Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

Se entiende que en la atención del paciente con COVID-19 se deben realizar cuidados minuciosos, a fin de proteger tanto al personal de salud. Sin embargo, el registro del nivel de bioseguridad sólo fue de 67%; y el restante 33% no fue registrado.

Gráfico N° 20 Distribución porcentual según datos de mortalidad en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020



Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

En lo que respecta al egreso de los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, se tiene que el 27% fue transferido, considerando que denotó un nivel de mejoría ideal; por otro lado, el 73% de los pacientes fallecieron; ningún paciente solicitó su alta.

**Cuadro N° 4 Resumen del procesamiento de los casos
para el cálculo de Alpha de Cronbach**

Casos	N	%
Válidos	15	100
Excluidos(a)	0	0
Total	15	100

Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

Cuadro N° 5 Estadísticos de fiabilidad Alpha de Cronbach

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
0,659	0,697	10

Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

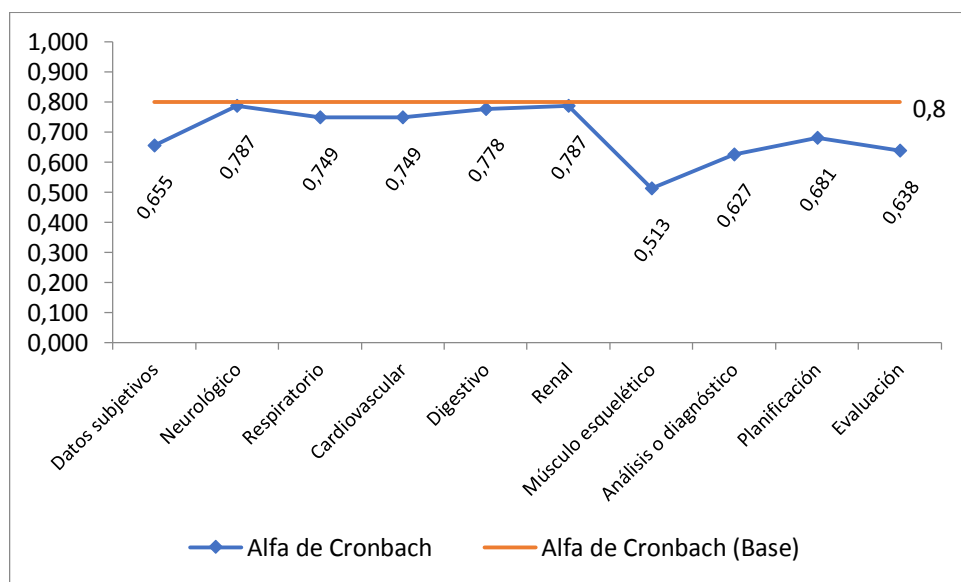
En la obtención del Alpha de Cronbach, denominado un estadístico de fiabilidad que denota el comportamiento de la información procesa y su interrelación entre indicadores, para el presente estudio se obtiene el 0,659, en relación al Alpha de Cronbach base, planteado, es decir, de 0,8, se denota que está por debajo, de lo que se infiere que existen falencias significativas en el manejo de los registros y el seguimiento que se le otorga al paciente.

Cuadro N° 6 Cálculo individual del Alpha de Cronbach

Indicadores	Media	Varianza	Correlación elemento-total	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach (Base)
Datos subjetivos	16,60	13,40	-0,28	0,655	0,8
Neurológico	16,33	8,81	0,51	0,787	0,8
Respiratorio	16,67	9,24	0,84	0,749	0,8
Cardiovascular	16,67	9,24	0,84	0,749	0,8
Digestivo	16,47	9,27	0,58	0,778	0,8
Renal	16,33	9,10	0,52	0,787	0,8
Músculo esquelético	15,60	11,26	0,04	0,513	0,8
Análisis o diagnóstico	15,80	10,60	0,38	0,627	0,8
Planificación	15,07	12,35	-0,04	0,681	0,8
Evaluación	15,27	11,07	0,32	0,638	0,8

Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

Gráfico N° 21 Cálculo individual del Alpha de Cronbach



Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

Primordialmente se observa que los indicadores en estudio se encuentran por debajo del Alpha de Cronbach planteado; entre los más destacados se tienen los

datos objetivos, entre ellos neurológico, respiratorio, cardiovascular, digestivo y renal, por otro lado entre los menos destacados se encuentran los datos subjetivos, músculo esquelético, análisis o diagnóstico, planificación y evaluación.

En ese orden de fiabilidad se infiere, que existen falencias en algunos casos, son ambiguos, y en otros concretos. De todas maneras, es importante tomar plena atención y reflejar en el registro de enfermería, de manera clara el cuidado que se brinda al paciente. Además enfatizar que un registro organizado y preciso será coadyuvante de gran manera con la toma de decisiones dando seguimiento al paciente.

VIII. DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación fueron relevantes e importantes para la institución. A continuación, se realiza una comparación con resultados de otras investigaciones.

En el estudio de Serrano, J. Machado, J. Redondo, M et. al. (2020), sus resultados mostraron que la estancia de los pacientes fue de 21 días, con una media de 63.0 años de edad. Del total el 76.3% eran varones y en el 59.3% la comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial. En la presente investigación se encontró que el 73% eran del sexo masculino, el 40% tenía más de 50 años, la comorbilidad se presentó en el 47% y entre las enfermedades base se identificó la hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo II. Siendo los datos similares, puesto que en ambos casos la mayoría de los pacientes fueron hombres y mayores de edad, además la hipertensión arterial fue la enfermedad de base que se identificó en ambos grupos.

Serrano, J. Machado, J. Redondo, M et. al. mostraron que al 94.9% de los pacientes se les aplicó la prueba serológica y el 55.9% de los casos dieron positivos. De estos pacientes el 83.1% recibieron ventilación mecánica invasiva. En la presente investigación se les aplicó la prueba de Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR), que es la prueba que se aplica por norma en el hospital. Y, por otra parte, todos los pacientes recibieron ventilación mecánica.

Según el estudio de Mejía, F., Medina, C., Cornejo, E., Morello, E., et. al. (2020), la comorbilidad se presentó en el 68.56% de los pacientes siendo las más frecuentes, la obesidad con el 42.55%, la Diabetes Mellitus en el 21.95% y el 21.68% presentó hipertensión. El tiempo de estadía hospitalaria fue de 7 días. Al igual que en la presente investigación, donde se identificó comorbilidad en un grupo importante de los pacientes, siendo una de las enfermedades más

comunes, la Diabetes y la hipertensión arterial. En el caso del presente estudio la estadía fue de 11 a 15 días, siendo mayor a la registrada en el estudio de Mejía.

Respecto a la atención de cuidados de enfermería en el estudio de Mejía, F., Medina, C., Cornejo, E., Morello, E., et. al., la saturación de oxígeno al ingresar al hospital, fue el principal factor de mortalidad, también se observó un incremento de la saturación de oxígeno. En la presente investigación se evidenció que la frecuencia cardiaca, respiratoria, saturación de oxígeno y temperatura fueron funciones vitales que se registraron durante todo el tiempo que los pacientes estuvieron internados.

IX. CONCLUSIONES

Finalizada la investigación, y una vez analizados los resultados, se arriba a las siguientes conclusiones:

- Según la revisión de los registros de enfermería de pacientes internados entre julio y agosto de la gestión 2020, se concluye que la mayoría de los pacientes eran del sexo masculino, y tenían más de 50 años de edad, siendo que la mayoría tenía una edad elevada. Estas variables se analizaron para describir las características sociodemográficas de las
- Por otro lado, se concluye que la mayoría de los pacientes tenían una enfermedad de base, es decir, refirió comorbilidad, y entre las enfermedades de base, presentaban Diabetes Mellitus tipo II o la hipertensión arterial aspectos que afectaron negativamente al desarrollo de la enfermedad.
- Asimismo, se concluye que los pacientes que ingresaron a la Unidad de Terapia Intensiva, la forma de diagnóstico del COVID-19 fue en el 100% la prueba PCR, siendo la prueba que se aplicó en el hospital por norma.
- Respecto al seguimiento de los cuidados de enfermería que se realizaron a los pacientes COVID-19, se concluye que en la monitorización de las funciones vitales la gran mayoría lo efectuó, es decir, controló durante la estancia en el hospital a los pacientes, sin embargo hubieron algunos aspectos que no fueron controlados en el 100% de los pacientes. Las funciones vitales que no fueron controlados

fueron, el Glasgow, el PVC, el PCP, el llenado capilar, el llenado de pupilas, siendo algunas de las debilidades presentadas.

Por otro lado, se hace notar que el registro de enfermería se lo realiza bajo el modelo SOAPIE, fueron de la siguiente forma: En los Datos Subjetivos, la mayoría de los registros son precisos. En el caso de los Datos Objetivos, se concluye que la mayor debilidad se presenta en los Cuidados Renales y los Cuidados Músculo Esqueléticos, que fueron incompletos. Por ello, se concluye que, si bien se brindó un buen cuidado de los pacientes COVID-19, existieron algunos cuidados que no fueron registrados.

En el análisis de los Datos Análisis, la mayoría de los registros fueron ambiguos. En los Datos de Planificación, la mayoría estaba incompleta, en los Datos de Intervención, el 100% estaban incompletos. En los Datos de Evaluación el 60% estaban incompletos. En lo que respecta a la administración de medicamentos, se concluye que el 100% fueron administrados correctamente, según la prescripción médica.

- Se concluye que el tiempo de estancia de los pacientes, de la mayoría estuvo entre 11 y 15 días internado en la Unidad de Terapia Intensiva. Y el estado del egreso del paciente, fue un 72%, fallecimiento. Y las medidas de bioseguridad el 67% fueron registradas y el 33%, no fueron registradas.
- En el resumen general del procedimiento de los casos, se concluye que según el cálculo de Alpha de Cronbach como estadístico de fiabilidad que denota el comportamiento de la información procesada y su interrelación entre indicadores, mostró el 0,659, en relación al Alpha de Cronbach base, planteado, es decir, de 0,8 se denota que está por

debajo, de estos datos se infiere que existen falencias significativas en el manejo de los registros y el seguimiento que se le otorga al paciente COVID-19.

X. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que se realizan en la presente investigación son las siguientes:

- Al Hospital Obrero N°1 se recomienda buscar los medios económicos necesarios para brindar materiales y equipos de protección personal para todo el personal de salud, sobre todo para las profesionales de enfermería con el fin de que puedan atender a los pacientes COVID-19 sin temor de contagio por falta de protección.
- A la Unidad de Terapia Intensiva, se sugiere buscar estrategias para organizar al equipo de enfermería, con el fin de apoyarse tanto en actividades como anímicamente y afrontar el arduo trabajo que representa la presencia de atención de pacientes COVID-19, siendo que la pandemia todavía no pasó y hoy en día todavía se presentan casos positivos.
- A las profesionales de enfermería, se recomienda aplicar con rigurosidad las medidas de bioseguridad, con el fin principal de precautelar su salud física, asimismo, se sugiere velar por su salud mental y psicológica, que se vio muy afectada con la presente pandemia.
- A futuros investigadores, se sugiere realizar más estudios respecto a la atención del paciente COVID-19 debido a que es una enfermedad nueva se la debe estudiar desde distintos enfoques para documentar y brindar resultados científicos para que se pueda apoyar mejor en el futuro a todos aquellos pacientes que enfermen con este virus.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lagoueyte, M. El cuidado de enfermería a los grupos humanos. Colombia. [en línea]. 2015. [fecha de acceso 29 de octubre de 2020]; URL Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072015000200013.
2. Jesse, E. Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson. España. Elsevier. 2015.
3. Phelan, A., Katz, R., Gostin, L. El Nuevo coronavirus originado en Wuhan, China. Challenges for Global Helth Governance. 2020.
4. Mejía, F., Medina, C., Cornejo, E., Morello, E., Vásquez, S., Alave, J., Schwalb, A., Málaga, G. Características clínicas y factores asociados a mortalidad en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en un hospital público de Lima Perú. Perú. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 23 de septiembre de 2020]; URL Disponible en: <https://orcid.org/0000-001-8429-8833>.
5. López, R. Trabajo de las Unidades de Cuidados Intensivos durante la pandemia por COVID-19. El Hospital. 2020. [fecha de acceso 5 de septiembre de 2020]; URL Disponible en: <https://www.elhospital.com/temas/Asi-trabajan-las-UCI-durante-la-pandemia-por-COVID-19+134085>.
6. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Recomendaciones para la preparación de las Unidades de Cuidados Intensivos ante la pandemia de COVID-19. Argentina. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 23 de noviembre de 2020]; URL Disponible en: https://www.sati.org.ar/images/2020-03-26-Planificacion_UTIs_Pandemia_COVID-19_COMITE_GESTION_.pdf.
7. Rascado, P., Ballesteros, M., Bodí, M., Carrasco, L., et. al. Plan de contingencia para los servicios de medicina intensiva frente a la pandemia COVID-19. Estados Unidos. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 23 de

- noviembre de 2020]; URL Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7180014/>.
8. Muthy, S. Atención del paciente con COVID-19 en la Unidad de Cuidados Intensivos. Estados Unidos. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 26 de noviembre de 2020]; URL Disponible en: <https://www.siicsalud.com/dato/resiiccompleto.php/163225>.
 9. National Institutes of Health. Atención a pacientes con COVID-19 en estado crítico. Estados Unidos. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 22 de noviembre de 2020]; URL Disponible en: <https://empendium.com/manualmibe/covid19/236797,guias-nih-tratamiento-de-covid-19-atencion-a-pacientes-con-covid-19-en-estado-critico>.
 10. Serrano, J., Machado, J., Redondo, M, Manzano, F., Castaño, J. Características y resultados de una serie de 59 pacientes con neumonía grave por COVID-19 ingresados en UCI. España. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 15 de octubre de 2020]; URL Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>.
 11. Pousada, M. Cuidados de enfermería desde atención primaria a pacientes en seguimiento telefónico por sospecha o infección por virus SARS-CoV-2: serie de casos. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 22 de octubre de 2020]: URL Disponible en: <https://revistamedica.com/cuidados-enfermeria-atencion-primaria-seguimiento-telefonico-sars-cov-2/>.
 12. Ministerio de Sanidad. Manejo clínico de pacientes con enfermedad por el nuevo coronavirus COVID-19. España. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 15 de noviembre de 2020]; URL Disponible en: <https://www.sedar.es/images/site/NOTICIAS/coronavirus/Protocolo-manejo-clinico-COVID-19.pdf>.
 13. Gimeno, B., Muñoz, M., Zamorano, M. Sánchez, H. Magariño, S. Cuidados enfermeros en el paciente adulto ingresado en Unidades de hospitalización por COVID-19. España. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 19 de octubre de

- 2020]; URL Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7245326/>.
14. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Seguimiento de pacientes con COVID-19 tras el alta hospitalaria, documento para atención primaria. España. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 24 de noviembre de 2020]; URL Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/Seguimiento.pdf>.
 15. Phua, J. Weng, L. Manejo en cuidados intensivos de COVID-19. México. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 9 de octubre de 2020]; URL Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=95932>.
 16. Ordoñez, G., Gallardo, G. Hernández, A., Revilla, C. Manejo integral del paciente con COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva en un hospital de segundo nivel de atención. México. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 7 de noviembre de 2020]; URL Disponible en: <https://medicinainterna.org.mx/article/manejo-integral-del-paciente-con-covid-19-en-la-unidad-de-terapia-intensiva-en-un-hospital-de-segundo-nivel-de-atencion/>.
 17. Estrada, G. Plan de cuidados de enfermería para pacientes adultos con COVID-19 hospitalizados. México. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 11 de noviembre de 2020]; URL Disponible en: http://educacionensalud.imss.gob.mx/es/system/files/PLACE%20COVID_Hospitalizacio%CC%81n_VF_27_04_2020.pdf.
 18. COMMEC. Guía para la atención del paciente crítico con infección por COVID-19 Colegio Mexicano de Medicina Crítica. México. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 12 de noviembre de 2020]; URL Disponible en: https://www.flasog.org/static/COVID-19/11_Abril_20_Final_compressed.pdf.
 19. Organización Mundial de la Salud. OMS. Guía para el cuidado crítico de pacientes adultos graves con coronavirus en las Américas. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 25 de octubre de 2020]; URL Disponible en: https://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&

alias=2295-guias-covid-19-cuidado-critico-abril-2020-abril-version-larga-v1&category_slug=covid-19&Itemid=688.

20. Ramírez, M. El cuidado de enfermería, relevancia en el contexto de la pandemia COVID-19. Chile. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 15 de noviembre de 2020]; URL Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062020000100001&lng=es&nrm=iso.
21. Ministerio de Ecuador. Atención de enfermería a pacientes adultos con COVID-19 sin complicaciones respiratorias. Ecuador. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 30 de octubre de 2020]; URL Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/documentos-informativos-covid-1-ecuador/>.
22. Sociedad de Infectología Clínica del Uruguay. Recomendaciones conjuntas para el manejo clínico de la infección por SARS-CoV-2 y la enfermedad COVID-19. Versión 13 de marzo 2020. Uruguay. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 19 de noviembre de 2020]; URL Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v36n2/1688-0390-rmu-36-02-214.pdf>.
23. Moreira, R. COVID-19: Unidades de cuidados intensivos, ventiladores mecánicos y perfiles latentes de mortalidad asociados a la letalidad en Brasil. Brasil. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 20 de noviembre de 2020]; URL Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2020000505007&script=sci_abstract&lng=es.
24. Valda, S. Enfermería para combatir la pandemia de COVID-19. Brasil. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 16 de noviembre de 2020]; URL Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/reben/v73s2/es_0034-7167-reben-73-s2-e2020sup2.pdf.
25. Márquez, L. COVID-19: cuidados de enfermería para la seguridad en la atención del Servicio Pre-hospitalario móvil. Brasil. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 16 de noviembre de 2020]; URL Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072020000100202&lng=en&nrm=iso&tlng=es.

26. Rodríguez, A., Sánchez, J., Hernández, S., Pérez, C., Villamil, E., Méndez, C. et. al. Preparación y control de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en América Latina. América Latina. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 10 de octubre de 2020]; URL Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v37n1/1728-5917-amp-37-01-3.pdf>.
27. Araque, M., Velásquez, J. Guía simplificada para la atención clínica y manejo de la infección por SARS-CoV-2 coronavirus COVID-19. Venezuela. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 6 de octubre de 2020]; URL Disponible en: http://www.ula.ve/images/2020/GUIA_ATENCION_CLINICA_SARS.pdf.
28. Maglio, I., Valdez, P., Cámara, L., Finn, B. et. al. Guías éticas para la atención durante la pandemia COVID-19. Recomendaciones multisocietarias para asignación de recursos. Argentina. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 20 de noviembre de 2020]; URL Disponible en: <https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol80-20/s3/45.pdf>.
29. Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS,-CoV/2COVID-19 en establecimientos de atención de la salud. Colombia. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 14 de octubre de 2020]; URL Disponible en: <http://www.iets.org.co/Archivos/853-2765-1-PB.pdf>.
30. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 23 de noviembre de 2020]; URL Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/PSSS03.pdf>.
31. Camacho, I., Flores, F., Maquera, R., Bernal, C., Soruco, F., Alurralde, I., Aramayo, S. Guía para el manejo del COVID-19. Bolivia. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 15 de septiembre de 2020]; URL Disponible en: www.minsalud.gob.bo.
32. Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo (ASUSS). Guía práctica de atención al paciente con COVID-19 en el Servicio de Terapia Intensiva de los establecimientos de salud de la seguridad social de corto plazo. Bolivia. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 19 de noviembre de 2020];

URL Disponible en: <https://oiss.org/wp-content/uploads/2020/09/5.Guia-Practica-de-atencion-al-paciente-con-COVID-19-en-el-Servicio-de-Terapia.pdf>.

33. Ministerio de Salud. Guía y lineamientos de manejo COVID-19. Bolivia. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 24 de noviembre de 2020]; URL Disponible en: https://www.asuss.gob.bo/wp-content/uploads/2020/04/GUIA-COVID-19-v_Abril2020-FINAL.pdf.pdf.
34. Gobierno Autónomo Departamental de Tarija. Bolivia. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 11 de octubre de 2020]; URL Disponible en: https://www.covid19.tarija.gob.bo/images/documentos/PROTOCOLO_COVID.pdf.
35. Na, Z., Dingyu, Z., Wenling, W., Xingwang, L., et. Al. Un Nuevo coronavirus de pacientes con neumonía en China, 2019. China. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 28 de octubre de 2020]; URL Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2001017>.
36. Organización Mundial de la Salud. OMS. Qué es el coronavirus. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 18 de octubre de 2020]; URL Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>.
37. Escobar, G., Matta, J., Ayala, R., Amado, J. Características clínico epidemiológicas de pacientes fallecidos por COVID-19 en un hospital nacional de Lima, Perú. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 19 de octubre de 2020]; URL Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2308-05312020000200180&script=sci_arttext.
38. Organización Mundial de la Salud. Los nombres de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) y del virus que la causa. 2020. [fecha de acceso 11 de septiembre de 2020]; URL Disponible en: [https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it).

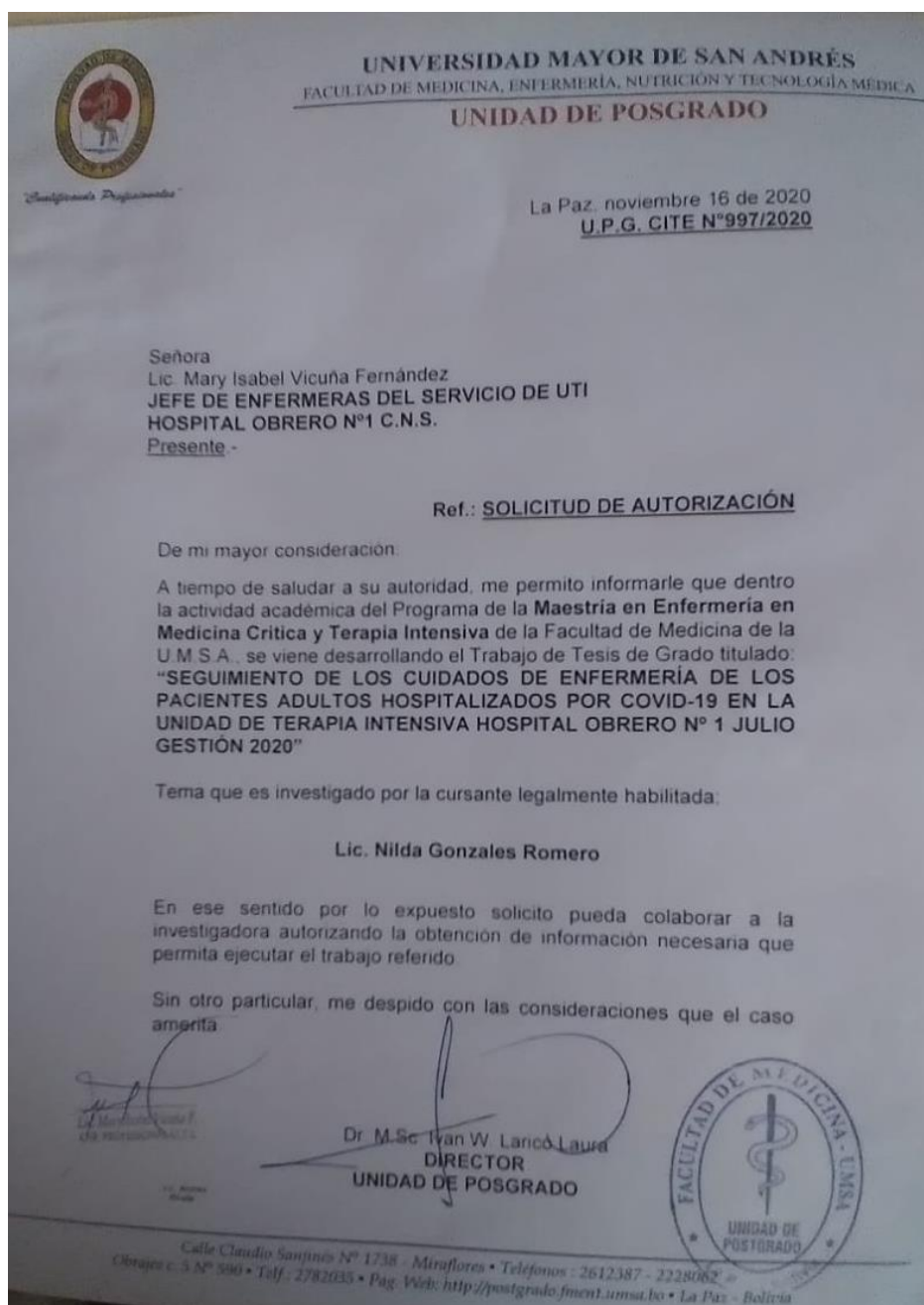
39. Morales, N. Plan de contingencia para establecimientos de salud de la Caja Petrolera de Salud. Bolivia. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 1 de septiembre de 2020]; URL Disponible en: <https://www.asuss.gob.bo/wp-content/uploads/2020/06/1-PLAN-DE-CONTINGENCIA-CAJA-PETROLERA-DE-SALUD-COVID-19-ABRIL.pdf>.
40. Vicente, M., Ramírez, M., Rueda, J. Criterios de vulnerabilidad frente a infección COVID-19 en trabajadores. España. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 24 de octubre de 2020]; URL Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552020000200004.
41. Alves, A., Quispe, A., Ávila, A., Valdivia, A., Chino, J., Vera, O. Breve historia y fisiopatología del COVID-19. Bolivia. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 20 de noviembre de 2020]; URL Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1652-67762020000100011&script=sci_arttext.
42. Quispe, G. Calidad de los registros de enfermería, Servicio de Obstetricia, puerperio quirúrgico, Hospital Materno Infantil CNS segundo semestre, gestión 2013. Bolivia. [en línea]. 2014. [fecha de acceso 17 de octubre de 2020]; URL Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/15548>.
43. Enríquez, M., Fernández, M., Fontan, G. Guía de actuación enfermera ante COVID-19. España. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 22 de octubre de 2020]; URL Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/images/coronavirus/documentos/GUIA%20DE%20ACTUACIO%CC%81N%20ENFERMERA%20FRENTE%20AL%20COVID.pdf>.
44. Gimeno, A., Solís, M., Zamorano, M., Sánchez, H., Santano, A. Cuidados enfermeros en el paciente adulto ingresado en Unidades de hospitalización por COVID-19. España. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 15 de noviembre


- de 2020]; URL Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7245326/>.
45. Elizalde, J., Fortuna, J., Luviano, J., Mendoza, V., Mijangos, J., Olivares, E., Osorio, C., Sánchez, J. Guía COVID-19 para la atención del paciente crítico con infección por SARS-CoV2 Colegio Mexicano de Medicina Crítica. México. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 29 de octubre de 2020]; URL Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2020/ti201b.pdf>.
46. Wang, M., Cao, R. Zhang, L Yang, X. Liu, J. Remdesivir and chloroquine effectively inhibit the recently emerged novel coronavirus. Cell Res. 2019.
47. Torres, M., Zárate, R., Matus, R. Calidad de los registros clínicos de enfermería: elaboración de un instrumento para su evaluación. México. [en línea]. 2016. [fecha de acceso 17 de octubre de 2020]; URL Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000100003.
48. Mateo, A. Evaluación de la nota de enfermería en los registros clínicos del Servicio de Cirugía de mujeres, Hospital Nacional de Mazatenango, Suchitepequez, Guatemala, agosto a octubre 2014. Guatemala. [en línea]. 2015. [fecha de acceso 15 de octubre de 2020]; URL Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/09/02/Mateo-Amabilia.pdf>.
49. Chipana, M. Aplicación del proceso enfermero con el formato sistemática SOAPIE en el registro de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva del Instituto Nacional del Tórax, gestión 2014-2015. Bolivia. [en línea]. 2016. [fecha de acceso 14 de octubre de 2020]. URL Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/10418>.
50. Hospital Obrero N°1. Aniversario 60 1955-2015. La Paz-Bolivia. 2015.
51. Quispe, B. Calidad de los registros de enfermería, Servicio de Obstetricia, Puerperio Quirúrgico, Hospital Materno Infantil CNS, segundo semestre, gestión 2013. 2015. La Paz Bolivia.

XII. ANEXOS

ANEXO 1

CARTAS DE PERMISO DE APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO




UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSGRADO

La Paz, noviembre 16 de 2020
U.P.G. CITE N°997/2020

Señora
Lic. Mary Isabel Vicuña Fernández
JEFE DE ENFERMERAS DEL SERVICIO DE UTI
HOSPITAL OBRERO N°1 C.N.S.
Presente -

Ref.: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

De mi mayor consideración:


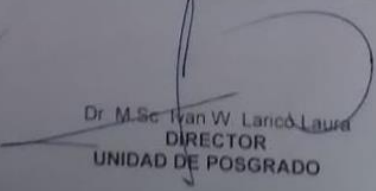
A tiempo de saludar a su autoridad, me permito informarle que dentro de la actividad académica del Programa de la **Maestría en Enfermería en Medicina Crítica y Terapia Intensiva** de la Facultad de Medicina de la U.M.S.A., se viene desarrollando el Trabajo de Tesis de Grado titulado: **"SEGUIMIENTO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE LOS PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS POR COVID-19 EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL OBRERO N° 1 JULIO GESTIÓN 2020"**

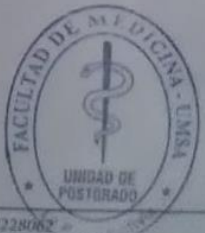
Tema que es investigado por la cursante legalmente habilitada:

Lic. Nilda Gonzales Romero

En ese sentido por lo expuesto solicito pueda colaborar a la investigadora autorizando la obtención de información necesaria que permita ejecutar el trabajo referido.

Sin otro particular, me despido con las consideraciones que el caso amerita



Dr. M.Sc. Ivan W. Larcó Laura
DIRECTOR
UNIDAD DE POSGRADO



Calle Claudio Sanjines N° 1738 - Miraflores • Teléfonos : 2642387 - 2228082
Ciénaga c. 3 N° 590 • Telf.: 2782035 • Pag. Web: <http://postgrado.fmenl.umsa.bo> • La Paz - Bolivia



“Sustentando Profesionales”

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSGRADO

La Paz, noviembre 16 de 2020
U.P.G. CITE N°997/2020

Señora
Lic. María Torres Soto
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA
HOSPITAL OBRERO N°1 C.N.S.
Presente.-

Ref.: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

De mi mayor consideración:

A tiempo de saludar a su autoridad, me permito informarle que dentro la actividad académica del Programa de la **Maestría en Enfermería en Medicina Crítica y Terapia Intensiva** de la Facultad de Medicina de la U.M.S.A., se viene desarrollando el Trabajo de Tesis de Grado titulado: **“SEGUIMIENTO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE LOS PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS POR COVID-19 EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL OBRERO N° 1 JULIO GESTIÓN 2020”**

Tema que es investigado por la cursante legalmente habilitada:

Lic. Nilda Gonzales Romero

En ese sentido por lo expuesto solicito pueda colaborar a la investigadora autorizando la obtención de información necesaria que permita ejecutar el trabajo referido

Sin otro particular, me despido con las consideraciones que el caso amerita.


MSc. María Torres Soto
Docente Responsable
Enseñanza Enfermería
ÁREA CLÍNICA H.
V.B.
C. C. ANTONIO
GONZALEZ


Dr. M.Sc. Ivan W. Larico Laura
DIRECTOR
UNIDAD DE POSGRADO



Calle Claudio Sanjines N° 1738 - Miraflores • Teléfonos : 2612387 - 2228062
Obrajes c. 5 N° 590 • Telf.: 2782035 • Pag. Web: <http://postgrado.fment.umsa.bo> • La Paz - Bolivia

La Paz 7 de Diciembre de 2020

Señora:
Lic Nilda Gonzales Romero
Presente.-

Ref: Respuesta a solicitud de Autorización trabajo de investigación.

Es tuición del Comité de ética en investigación del Hospital Obrero No.1 revisar y dar cumplimiento al REGLAMENTO DEL COMITÉ BIOETICO CIENTIFICO DEL HOSPITAL OBRERO No. 1, amparados en la designación del Director General de dicho hospital, por lo cual pasamos a detallar las falencias detectadas en su protocolo de investigación en el curso de la Maestría en Enfermería en Medicina Crítica y Terapia Intensiva de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés y el fallo correspondiente.

Identificación del Comité: Comité de Bioética en Investigación del Hospital Obrero No. 1

Fecha de Recepción: 30 de Noviembre de 2020

Fecha de Emisión de respuesta: 7 de Diciembre de 2020

Numero correlativo: CBIH-HO1-0001NCB

Numero de Acta de Reunión: 1/2020

Nombre del Investigador: Lic. Nilda Gonzales Romero

Título: Seguimiento de los cuidados en enfermería de los pacientes adultos hospitalizados por covid - 19 en la unidad de terapia intensiva hospital obrero No. 1 julio gestión 2020. Una correcta pregunta de investigación tiene 3 parámetros básicos, la población de interés, la intervención con o sin cointervención y la variable resultado. También debería ser mas concreta y bien explicitada, de preferencia no debe colocarse la sede ni la temporalidad, pues eso disminuye la posibilidad de generalización de sus resultados.

Introducción: Adecuada

Antecedentes y justificación: Adecuados

Marco Teórico: Insuficiente

Planteamiento del problema: Muy extenso, redundante y poco claro.

Pregunta de investigación: Debe llevar verbos en infinitivo y la pregunta debe ser el marco general en el que se desarrollara el trabajo de investigación. Debe ser clara y concisa.

Objetivo General: Suficiente

Objetivos Específicos: Insuficientes. Se mencionan algunos, pero, no se consigna que es lo que quiere medirse en relación al seguimiento del cuidado de los pacientes que es la razón del trabajo de investigación.

Diseño Metodológico: Corte transversal. Este tipo de diseño permite cubrir el objetivo por usted planteado, pero recomendamos cuidar los estadígrafos correspondientes que para este diseño como son la asociación estadística y el cálculo de prevalencia.

Universo y muestra: Es deseable que la muestra sea tomada por algún mejor sistema ya que la conveniencia determina errores subjetivos o que aun mejor, se tomen todos los pacientes manejados en el mes de julio toda vez que es solo un mes y vemos poco practico tomar una muestra de un grupo tan pequeño.

Criterios de Inclusión: Es estos criterios solo se consignan registros de enfermería pese a que en los objetivos se plantea formas de diagnostico medico y comorbilidades que probablemente estén mejor desarrollados en el expediente clínico completo.

Criterios de exclusión: Ningún criterio de los enunciados en su trabajo es valido toda vez que para ser excluido, el paciente previamente debe ser incluido y no ser una negación de los anteriores.

Operacionalización de la variables: Ninguna de sus variables indica como fue el seguimiento de los pacientes en enfermería, por lo tanto sugiero rever dicho aspecto que esta en directa relación con los objetivos especificos.

Conclusión: Basados en el Reglamento del Comité Bioético Científico del Hospital Obrero que en el Capitulo I, articulo 6, párrafo 6 de sus funciones señala la capacidad del comité de emitir resoluciones de **Riesgo Bajo de Transgresiones éticas**, se concluye con **INFORME APROBADO**, debiendo la autora del trabajo corregir los aspectos metodológicos señalados.


Dr. Nataniel Claros Beltrán
PRESIDENTE DEL COMITÉ
Dr. Nataniel N. Beltrán
CIRUGIA GENERAL Y
LAPAROSCOPICA
C-747 C-328


Lic. Adelaida Vila Aruni
SECRETARIO DEL COMITÉ

Lic. Adelaida Vila Aruni
RESPONSABLE PROS. 3.P.C.3.
HOSPITAL OBRERO N°1



Nº

**ANEXO 2
FICHA DE REGISTRO
SEGUIMIENTO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

INSTRUCCIONES. – Revisar los registros de enfermería y completar la información solicitada.

Variable		Indicador	PAC. 1	PAC. 2	PAC. 3	PAC. 4	PAC. 5	PAC. 6	PAC. 7	PAC. 8	PAC. 9
Datos sociodemográficos	Sexo	Femenino									
		Masculino									
	Edad	Años cumplidos									
Comorbilidad	Enfermedad base	Todas las enfermedades base									
Forma de diagnóstico	Tipo de prueba	Prueba rápida									
		Prueba PCR									
Tiempo de estancia (días)	Días internados	Días internados									
Funciones vitales basales	Monitorización	Presión arterial									
		Frecuencia cardiaca									
		Frecuencia respiratoria									
		Temperatura									
		Saturación de oxígeno									
		Glasgow									
		PVC									
		PCP									
Llenado capilar											

		Pupilas										
		Diuresis										
		Modo de ventilación										
		Balance hídrico										
Proceso de enfermería SOAPIE	Subjetivo	Datos subjetivos										
	Objetivo	Neurológico										
		Respiratorio										
		Cardiovascular										
		Digestivo										
		Renal										
		Músculo esquelético										
	Análisis	Análisis o diagnóstico										
	Planificación	Planificación										
	Intervención	Intervención										
Evaluación	Evaluación											
Administración de medicamentos	Farmacoterapia	Medicamentos en horario										
Medidas de bioseguridad extremas	Todas las medidas de bioseguridad	Aplicadas										
Estado de egreso	Alta	Transferencia.										
		Solicitada.										
	Fallecido											

Preciso = Información técnica comprensible, completa y concisa.

Ambiguo = Información confusa, poco entendible.

Incompleto = Información que no refleja todo el cuidado que se realiza.

No requirió = Que el paciente no necesitaba el cuidado.

ANEXO 3 VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO

INVESTIGADOR... *Nilda González Romero*

FORMULARIO PARA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

	CRITERIO A EVALUAR										Observación es lo debe eliminar o modificarse un ítem
	1. Claridad en la redacción		2. Es preciso las preguntas		3. Lenguaje adecuado con el nivel del informante		4. Mide lo que pretende		5. Induce a la respuesta		
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
1	✓		✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		✓		
6	✓		✓		✓		✓		✓		
7	✓		✓		✓		✓		✓		
8	✓		✓		✓		✓		✓		
9	✓		✓		✓		✓		✓		
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											



Calle Claudio Sajnín N° 1738 - Miraflores • Teléfonos: 2612387 - 2228062 - 2227188
Oliveros c. 5 N° 590 • Telf: 2782035 • Pag. Web: <http://postgrado.jusm.unmsa.bo> • La Paz - Bolivia



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO

ASPECTOS GENERALES		SI	NO
El instrumento tiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario		✓	
Los ítems permite el logro del objetivo de la investigación		✓	
Se especifica y caracteriza la población de estudio del cual se realiza el trabajo		✓	
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial		✓	
El número de ítems es suficiente para recoger la formación en caso de ser negativa su respuesta, sugiérelos ítems a añadir		✓	
VALIDEZ			
APLICABLE		NO APLICABLE	
APLICABLE ATENDIÓ A LAS OBSERVACIONES			
Validada por:	C.I. 3712277 H	Fecha:	9-11-20
Firma:	Celular: 70519432	Email:	zarina.jg@gmail.com
Sello: Lic. Zarina Quispe Terán ENFERMERA Mag. Prof. Q-77	Institución donde trabaja C.N.S.		





Facultad de Medicina, Enfermería,
Nutrición y Tecnología Médica

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO

ASPECTOS GENERALES	SI	NO
El instrumento tiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario	✓	
Los items permite el logro del objetivo de la investigación	✓	
Se especifica y caracteriza la población de estudio del cual se realiza el trabajo	✓	
Los items están distribuidos en forma lógica y secuencial.	✓	
El número de items es suficiente para recoger la formación en casode ser negativa su respuesta, sugierelos items a añadir.	✓	
VALIDEZ		
APLICABLE		NO APLICABLE
APLICABLE ATENDIÓ A LAS OBSERVACIONES		
Validada por:	C.I. 48968351P	Fecha: 9-11-20
Firma: 	Celular: 73510289	Email: investig@jml.com
Sello: 	Institución donde trabaja C.N.S	





Facultad de Medicina, Enfermería,
Nutrición y Tecnología Médica

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO

ASPECTOS GENERALES		SI	NO
El instrumento tiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario		✓	
Los items permite el logro del objetivo de la investigación		✓	
Se especifica y caracteriza la población de estudio del cual se realiza el trabajo		✓	
Los items están distribuidos en forma lógica y secuencial		✓	
El número de items es suficiente para recoger la formación en casode ser negativa su respuesta, sugiere los items a añadir.		✓	
VALIDEZ			
APLICABLE		NO APLICABLE	
APLICABLE ATENDIÓ A LAS OBSERVACIONES			
Validada por:	C.I. 2661761 LP	Fecha:	9-11-20
Firma:	Celular: 71988299	Email:	antonio.marisalgisibert@gmail.com
Sello:	Institución donde trabaja C. XI. S		



ANEXO 4
CUADROS RESPALDO DE LOS GRÁFICOS

Cuadro N° 7 Distribución porcentual según sexo de los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	4	27%
Masculino	11	73%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

Cuadro N° 8 Distribución porcentual según edad de los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión del 2020

Opción	Frecuencia	Porcentaje
30 a 40 años	5	33%
41 a 50 años	4	27%
Más de 50 años	6	40%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

Cuadro N° 9 Distribución porcentual según comorbilidad de los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sí	7	47%
Ninguna	4	27%
No registrado	4	27%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

Cuadro N° 10 Distribución porcentual según forma de diagnóstico de los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Prueba rápida	0	0%
PCR	15	100%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

Cuadro N° 11 Distribución porcentual según estancia hospitalaria en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020

Opción	Frecuencia	Porcentaje
6 a 10 días	4	27%
11 a 15 días	7	47%
16 a 20 días	2	13%
Más de 20 días	4	27%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

Cuadro N° 12 Distribución porcentual según funciones vitales en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Frecuencia cardiaca	15	100%
Frecuencia respiratoria	15	100%
Temperatura	15	100%
Saturación de oxígeno	15	100%
Glasgow	13	87%
PVC	12	80%
PCP	14	93%
Llenado capilar	14	93%
Pupilas	14	93%
Diuresis	15	100%
Modo de ventilación	15	100%
Balance hídrico	11	73%

Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

Cuadro N° 13 Distribución porcentual según datos subjetivos en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Preciso	13	87%
Ambiguo	1	7%
Incompleto	0	0%
No necesario	1	7%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

Cuadro N° 14 Distribución porcentual según datos Objetivos (Neurológico) en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Preciso	11	73%
Ambiguo	0	0%
Incompleto	4	27%
No necesario	0	0%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

Cuadro N° 15 Distribución porcentual según datos Objetivos (Respiratorio) en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Preciso	13	87%
Ambiguo	1	7%
Incompleto	1	7%
No necesario	0	0%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

**Cuadro N° 16 Distribución porcentual según datos objetivos
(Cardiovascular) en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la
Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020**

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Preciso	13	87%
Ambiguo	1	7%
Incompleto	1	7%
No necesario	0	0%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

**Cuadro N° 17 Distribución porcentual según datos objetivos (Digestivo) en
pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia
Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020**

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Preciso	11	73%
Ambiguo	2	13%
Incompleto	2	13%
No necesario	0	0%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

**Cuadro N° 18 Distribución porcentual según datos objetivos (Renal) en
pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia
Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020**

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Preciso	10	67%
Ambiguo	2	13%
Incompleto	3	20%
No necesario	0	0%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

Cuadro N° 19 Distribución porcentual según datos objetivos (Músculo esquelético) en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Preciso	5	33%
Ambiguo	1	7%
Incompleto	9	60%
No necesario	0	0%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

Cuadro N° 20 Distribución porcentual según datos de análisis o diagnóstico en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Preciso	2	13%
Ambiguo	10	67%
Incompleto	3	20%
No necesario	0	0%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

Cuadro N° 21 Distribución porcentual según datos de planificación para los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Preciso	0	0%
Ambiguo	3	20%
Incompleto	12	80%
No necesario	0	0%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

Cuadro N° 22 Distribución porcentual según datos de intervención para los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Preciso	0	0%
Ambiguo	0	0%
Incompleto	15	100%
No necesario	0	0%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

Cuadro N° 23 Distribución porcentual según datos de evaluación para los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Preciso	0	0%
Ambiguo	6	40%
Incompleto	9	60%
No necesario	0	0%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

Cuadro N° 24 Distribución porcentual según datos de administración de medicamentos para los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Completo	15	100%
Incompleto	0	0%
No necesario	0	0%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

Cuadro N° 25 Distribución porcentual según datos medidas de bioseguridad para el cuidado de los pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Registrado	10	67%
No registrado	5	33%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

Cuadro N° 26 Distribución porcentual según datos de mortalidad en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, gestión 2020

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Transferencia	4	27%
Alta solicitada	0	0%
Fallecido	11	73%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia con base a la encuesta 2020.

ANEXO 5

PROPUESTA: GUÍA DE LINEAMIENTOS DE ENFERMERÍA PARA ANOTAR CORRECTAMENTE REGISTRO DE ENFERMERÍA

1. Introducción

La propuesta se organizó a través de los resultados encontrados en la investigación, los datos mostraron que existe debilidad en el registro del seguimiento de los cuidados que se realiza a los pacientes, dejando varios aspectos sin registrar, por ello el seguimiento de los cuidados no fue anotado correctamente, pareciera que no se llevaron a cabo varios cuidados, sin embargo, en el diario trabajo se los realizó en su totalidad. Ante estos resultados es que se propone una serie de lineamientos que permitan un registro correctamente.

A continuación, se realiza un grupo de lineamientos que permiten con su uso un mejor registro de las historias clínicas y tener al alcance la información pertinente, objetiva y certera acerca de cualquier paciente. En la etapa del ingreso de adultos hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva, se dejó varios aspectos sin llenar, por ello, los registros no están correctamente llenados.

2. Objetivo

- Proporcionar herramientas que ayuden a mejorar la anotación del seguimiento de los cuidados de enfermería de los pacientes de la Unidad de Terapia Intensiva.

3. Justificación

La presente propuesta es necesaria porque el profesional de enfermería debe fortalecer el registro que realiza sobre el seguimiento que realizan a los pacientes covid-19, puesto que se observó muchos aspectos incompletos o escritos de forma ambigua.

El registro de enfermería es un instrumento que permite evaluar el progreso en la recuperación del paciente, además en ella se detallan las acciones de la enfermera, la eficiencia y la efectividad de las mismas, también documenta la atención de enfermería individualizada.

La falta de registro de información sobre los cuidados brindados al paciente, se vio la omisión de información que afecta significativamente en la calidad de atención y que repercute de manera negativa en la comunicación con el equipo de salud.

Se ve la necesidad de mejorar este aspecto, porque quedan aspectos pendientes que no se registraron de forma completa. El profesional de enfermería debe tomar consciencia acerca de un registro correcto. El registro de enfermería es un documento legal que se utiliza para conocer el seguimiento que se realiza al paciente, por ello es necesario conocer los lineamientos necesarios para tener un buen registro.

4. Desarrollo

Los registros de enfermería se debe realizar según recomendaciones para mejorar la atención de enfermería dentro de las cuales se encuentran el establecer una coordinación efectiva con el equipo interprofesional de salud.

Las normas se deben aplicar en cada uno de los documentos (expediente clínico, reporte, informe, entre otros) los lineamientos establecidos por la institución. Realizar los registros en forma clara, veraz, oportuna y confiable. Utilizar terminología técnico-médico de uso y aceptación universal. Elaborar y considerar a los registros clínicos y de enfermería como evidencia del cuidado.

Los registros de enfermería deben contener las siguientes directrices:

- **Objetividad:** Los registros de enfermería deben ser concretos, sin el uso de prejuicios o juicios de valor o colocar opiniones personales. Por ello se debe tener un lenguaje comprensible, con información objetiva, y la información debe ser referida solo a problemas de salud, además se debe evitar la repetición de datos.

- **Precisión y exactitud:** Deben ser Fidedignos. Esta categoría se subdivide en varias características que se debe tomar en cuenta para el correcto registro.
 - Los datos del paciente registrados deben ser fidedignos y completos.
 - Registro de la fecha.
 - Registro de la edad.
 - Registro del número de seguro.
 - Indicaciones revisadas firma/hora/sello.
 - Registro de todas las interconsultas y visitas médicas/estudios realizados según hora y tipo
 - Registro de medicamentos, administración en forma completa.
 - Cantidad de dosis.
 - Vía de administración.
 - Registro de posibles reacciones/tolerancia al tratamiento.
 - Cuneta con reporte por el personal profesional.

- **Legibilidad y claridad:** El registro debe ser realizado con claridad. Según este lineamiento los registros de enfermería deben ser claros y legibles porque las anotaciones serán inútiles para los demás profesionales que cuidan al paciente en caso de no poder descifrar.
 - Se debe conservar en buen estado.
 - El tipo de letra debe ser imprenta
 - La letra debe ser legible.
 - No usar abreviaturas/símbolos que no sean de uso generalizado.
 - Utiliza colores estandarizados para el registro según turno.
 - No dejar líneas en blanco.

- **Pulcritud:** En este aspecto se toma en cuenta los borrones, las tachaduras y el uso del corrector.

- **Registro científico:** Los registros están guiados por el proceso SOAPIE, por ello debe tener desglosado por cada una de los elementos de este procedimiento.

Se debe tomar en cuenta el SOAPIE, entendido como S=Datos subjetivos; O; O= Datos Objetivos; A= Conclusión diagnóstica; P= Plan de cuidados; I= Intervención de enfermería; E= Evaluación o eficacia de la intervención. (PAE): Diagnóstico, Planificación, Intervención y Evaluación. Por lo tanto, es necesario registrar lo siguiente:

Registro científico

SOAPIE	PAE
Datos subjetivos	Diagnóstico
Datos Objetivos	Planificación
Conclusión diagnóstica	Intervención
Plan de cuidados	Evaluación
Intervención de enfermería	
Evaluación	

Con el fin de facilitar la información se organizó una tabla donde se muestra los lineamientos que se deben considerar al momento de realizar el registro de enfermería.

Categoría	Lineamiento
Objetividad	Lenguaje comprensible
	Información objetiva
	Información referida a problemas de salud
	Evita la repetición de datos
Precisión y Exactitud	Datos fidedignos y completos del paciente
	Registro de fecha
	Registro de número de cama
	Registro de edad
	Registro N° Cód. de seguro
	Indicaciones revisadas firma/hora/fecha/sello
	Registra todas las interconsultas y visitas médicas/estudios realizados/hora/tipo
	Registra los medicamentos administrados en forma completa
	Cantidad de dosis
	Vía de administración
	Registro de posibles reacciones/tolerancia al tratamiento
Cuenta con reporte por el personal profesional	
Legibilidad y claridad	Sin tachaduras/borrones/ni fluidos correctores
	Se conserva en buen estado
	Tipo de letra (imprenta)
	Letra legible
	Sin abreviaturas/símbolos que no sean de uso generalizado
	Utiliza colores estandarizados

	para el registro/según turno
	No dejar líneas en blanco
Pulcritud	No usar borradores, tachaduras, ni usar fluidos para borrar.
Registro científico	<p>Uso del SOAPIE (datos subjetivos, datos Objetivos, conclusión diagnóstica, plan de cuidados, Intervención de enfermería, Evaluación).</p> <p>Datos subjetivos: Se anotará sentimientos, síntomas, y preocupaciones del paciente realizando un resumen de la conversación con el paciente. En los pacientes ventilados se anotará si está con tubo, consciente, inconsciente, bajo efectos de sedación o relajación mediante una lista de chequeo. En el recuadro de observaciones se registrara datos que no están en la lista de chequeo y que son importantes su registro.</p> <p>Datos objetivos: La valoración objetiva se realizará también mediante una lista de chequeo</p> <p>Piel y mucosas: Se colocará con un aspa las características de la piel y las mucosas mediante la lista e chequeo. Y en observaciones aspectos que no están en la lista de chequeo y que son importantes mencionar.</p> <p>Neurológico: Se valorará las pupilas, la escala de Glasgow en la parte de observaciones y el RAAS cuando el paciente se encuentre bajo efectos de sedación. Mediante la lista de chequeo y en las observaciones aspectos importantes que no estén en los ítems elaborados.</p> <p>Cardiovascular: Se colocará las características que presenta este sistema en el paciente mediante la lista de chequeo y en las observaciones se anotará aspectos importantes que no están registrados en los ítems.</p> <p>Respiratorio: Se anotará la modalidad respiratoria en la que se encuentra el paciente si tiene o no secreciones, y se registrara en observaciones las características de las mismas.</p> <p>Digestivo: Se anotará las características de acuerdo a la lista de chequeo y en las observaciones ítems importantes que no estén mencionados en la lista de chequeo.</p> <p>Renal: En este sistema se anotará el volumen de diuresis, las anomalías que presente el flujo</p>

	<p>urinario y sus características. También mediante una lista de chequeo.</p> <p>Músculo esquelético se anotará mediante un aspa las características encontradas en este sistema y otras importantes el cuadro de observaciones.</p> <p>Interpretación y análisis de datos: De acuerdo a la valoración realizada por sistemas se escogerá el diagnóstico idóneo en base a los problemas encontrados, más su relacionado mediante una lista de chequeo; en la parte inferior de la culminación de esta lista se tiene un espacio para otros diagnósticos que no estén en la lista de chequeo.</p> <p>Plan de atención: Se registrará la programación del todo el proceso de atención de enfermería realizado durante la recolección de información y el diagnóstico elegido.</p> <p>Intervención: Se registrará las intervenciones de enfermería realizadas en cada turno, con la finalidad de resolver los problemas identificados.</p> <p>Evaluación: Se realizará el registro de la eficacia de las intervenciones y o la medición del progreso del paciente ante la intervención recibida.</p>
--	--

Por otro lado, y procurando También es importante mostrar las abreviaturas que se usan frecuentemente y no deben cambiarse ni alterarse.

Abreviaturas que se deben usar en el registro de enfermería

Abreviatura	Término	Abreviatura	Término
#	Número o libras	IV	Intravenoso
Abd	Abdomen	Liq	Líquido
ABO	Sistema principal de grupo sanguíneo	Meds	Medicamentos
Ac	Antes de las comidas	mL (mL)	Mililitro
Ad lib	A voluntad	mod	Moderado
Adm	Admitido o admisión	neg	Negativo
AM	Mañana	NPO	Nada por vía oral
Amb	Ambulatorio	∅	Ninguno
Aprox	Aproximadamente	O2	Oxígeno
AVD	Actividades de la vida diaria	OD	Ojo derecho o sobredosis
Bid	Dos veces al día	OI	Ojo izquierdo
C	Con	OT	Orden telefónica
C	Celsius (centígrados)	OV	Orden verbal
Cant	Cantidad	P	Peso

CV	Constantes vitales	PB	Privilegios de baño
DC	Después de la comidas	per	Por o a través
DEP (dep)	Deposición	PM	Tarde
Dig	Digestivo	postop	Postoperatorio
DLN	Dentro de los límites normales	preop	Preoperatorio
DST	Dieta según tolerancia	prep	Preparación
Dx	Diagnóstico	Pm	Cuando sea necesario
ECG	Electrocardiograma	Qid	Cuatro veces al día
Ef	Exploración física	(R)	Derecha
F	Fahrenheit	sint	Sin
FDC	Fuera de la cama	SN (S/N)	Síntomas de Sino normal
Gt	Gota	TA	Presión arterial
h (hr)	Hora	Tid	Tres veces al día
H2O	Agua	TPR	Temperatura, pulso, respiraciones
HEM	Hemograma	UPM	Último periodo menstrual
I	Izquierda	vest	Vestido
I y P	Ingresos y perdidas	VO	Por vía oral
Inmed	Inmediatamente, una vez		

Para llevar adelante la propuesta se propone una capacitación en la que se transmitirá la información, para ello se organizó el siguiente cronograma:

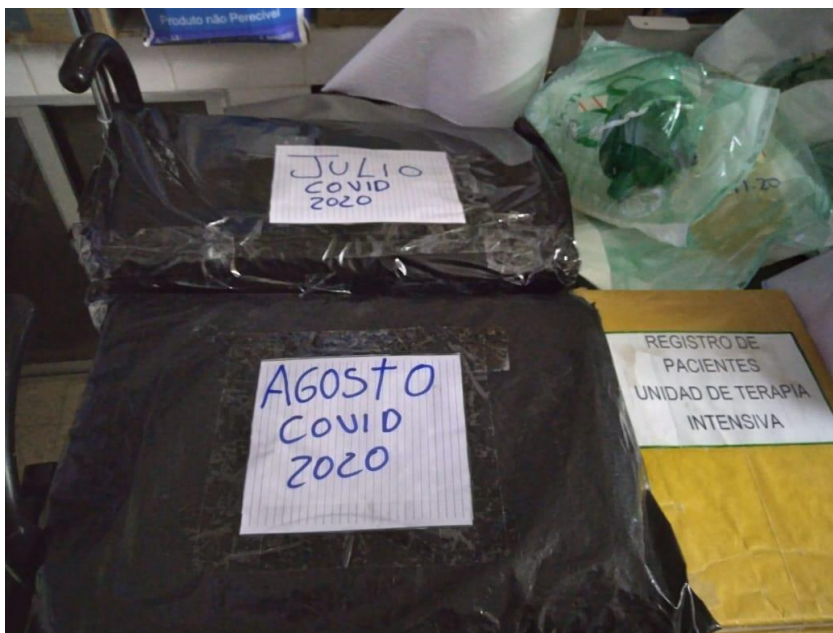
La capacitación se realizará en el auditorio del Hospital Obrero N°1, que se encuentra ubicado en el cuarto piso, se pretende que tenga una duración de dos hora, misma que será realizada específicamente para socializar y explicar cómo se debe anotar el Registro de Enfermería Propuesta. Será llevada adelante por la Lic. Nilda Gonzales, y será llevada adelante bajo el siguiente cronograma.

CRONOGRAMA PARA LA CAPACITACIÓN

HORARIO	ACTIVIDAD	OBJETIVO	COMPETENCIA	CONTENIDO	MATERIAL
9:00 – 9: 15	Bienvenida y saludo	Saludar y dar inicio con la capacitación	Ninguno	Ninguno	Ninguno
9:15 - 9:30	Exposición de la reestructuración de la hoja de enfermería	Dar a conocer los lineamientos para anotar un correcto registro de enfermería.	Aprende a registrar en el registro de enfermería	Descripción de los lineamientos del registro de enfermería.	Material impreso de los lineamientos
9:30 – 10:15	Explicación de los lineamientos	Enseñar detalladamente el llenado del registro de enfermería.	Llenado correcto del registro de enfermería.	Descripción del anverso de la Hoja de Registro de monitoreo de dispositivos invasivos, escalas de valoración, balance periódico, etc.	Material impreso de los lineamientos
10:15 – 10:30	Evaluación	Evaluar los conocimientos adquiridos por el personal de enfermería presente	Usa correctamente los lineamientos de enfermería	Evaluación del llenado de la hoja de registros de enfermería.	Material impreso de los lineamientos
10:35 - 10:40	Despedida	Finalizar de la capacitación	Ninguno	Ninguno	Ninguno

La presente capacitación deberá ser realizada al inicio de cada gestión para informar al personal de enfermería profesional de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Obrero N°1. También se lo puede realizar de forma personal a las nuevas enfermeras que ingresen a la Unidad de Terapia Intensiva.

ANEXO 6
FOTOGRAFÍAS DEL ESTUDIO



**REGISTROS DE ENFERMERÍA DE LA GESTIÓN 2020
EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**



**ANÁLISIS DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE
TERAPIA INTENSIVA**