



**ESCUELA DE ENFERMERIA DE LA CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSI.**

INCORPORADA A LA UNAM

CLAVE 8715/12



**PROCESO CUIDADO ENFERMERO
EN PACIENTE CON SECUELAS RESPIRATORIAS POR SARS COV-19.**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA
BEATRIZ ADRIANA CARRIZALEZ MORALES**

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**ESCUELA DE ENFERMERIA DE LA CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSI.**



INCORPORADA A LA UNAM

CLAVE 8715/12

PROCESO CUIDADO ENFERMERO

EN PACIENTE CON SECUELAS RESPIRATORIAS POR SARS COV-19.

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA

BEATRIZ ADRIANA CARRIZALEZ MORALES

TUTOR: L.E Clara Elena Infante Granja

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA

DELEGACION SAN LUIS POTOSI

INCORPORADA A LA UNAM

CLAVE 8715/12

CARTA DE ACEPTACION DEFINITIVA DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO

PARALA TITULACION DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERIA

Los suscritos miembros del proceso de titulación de

BEATRIZ ADRIANA CARRIZALEZ MORALES

Hacemos constar que hemos evaluado y aprobado el trabajo:

“proceso cuidado enfermero EN PACIENTE CON SECUELAS RESPIRATORIAS POR SARS COV-19.”

En vista de lo cual extendemos nuestra autorización para que dicho trabajo sea sustentado en examen de grado de licenciatura en enfermería.

M.E.y.A.S. Clara Elena Infante

Granja

Tutor

L.E. Claudia Glafira

Martínez Saldaña

Presidenta

M.E.y.A.S. Rita de

Guadalupe Martínez

Rocha

Secretaria

L.E.O. Miguel Ángel Pérez

López

Vocal

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021

INDICE

Contenido

I.INTRODUCCION	1
II. JUSTIFICACION	3
III. OBJETIVOS	5
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	5
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
IV MARCO TEÓRICO	6
4.1 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINARIA.....	6
4.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO	7
4.3 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	7
4.4 ETAPAS DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO.	8
4.4.1 DIAGNÓSTICO	10
4.4.2 PLANEACIÓN.	11
4.4.5 EJECUCIÓN.....	11
4.4.6 EVALUACIÓN.	12
4.4.7 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL PROCESO ENFERMERO	13
4.4.8 TEORÍA DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: DOROTHEA ELIZABETH OREM .	14
4.4.9 PATOLOGÍAS	16
V. EPIDEMIOLOGIA	17
5.1 FISIOPATOLOGÍA DEL COVID-19.....	18
5.2 MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	23
5.3 DIAGNOSTICO	24
5.4 TRATAMIENTO.....	25
5.5 COMPLICACIONES Y SECUELAS RESPIRATORIAS.....	26

5.6 RESUMEN DEL CASO CLÍNICO.....	32
5.7 VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA.....	32
5.8 VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE M. GORDON	34
5.9 DIAGNOSTICOS ENFERMEROS NANDA, NIC, NOC, FUNDAMENTACION.....	38
VI.PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA	52
VII. CONCLUSIONES	54

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a Dios por haber llegado a esta etapa de mi vida y haberme dado la fortaleza, los conocimientos suficientes para poder concluir mis estudios.

Le agradezco a mis padres Isabel Morales y Heriberto Carrizalez Ruiz que me apoyaron en cada una de mis decisiones y estuvieron conmigo en cada una de mis experiencias a lo largo de mi carrera a veces con altibajos, pero siempre presentes hasta el último momento. A mis hermanos Heriberto Carrizalez Morales claudia Isabel Carrizalez Morales que escuchaba cada una de mis experiencias que tenía en algún hospital o en cada lugar que pasaba las grandes experiencias que lograba lo que aprendía. En especial todo esto hoy en día se lo dedico de corazón a mis tres razones por las cuales me he sacrificado en cada momento para salir adelante que son mis hijos rodrigo, Maximiliano, Natalia que me han acompañado que comprenden que no es fácil esta carrera que es poco el tiempo que los veo, pero es por ellos y para ellos todos los sacrificios que realizo. A mi esposo que me ha acompañado en el camino sin soltar mi mano Francisco García Cerda. Y a mi tutora que si no fuera por ella nada de esto sería posible.

RESUMEN DEL TRABAJO

INTRODUCCION El COVID es una enfermedad infecciosa causada por un virus, que se ha descubierto recientemente y que ha afectado a todo el mundo, ha cobrado la vida de millones de personas según cifras de la OMS con un total de 19.224 millones casos confirmados, es una enfermedad que deja secuelas en las personas que la padecen como neurológicas, cardiológicas, pulmonares, hematológicos y se espera que las enfermeras y enfermeros con su trabajo sean quienes aporten datos para la investigación científica, las que fundamenten, actualicen y renueven estos con el propósito de ofrecer una mejor calidad en el cuidado que se otorga a los pacientes sanos dentro de la familia y la comunidad, usando como herramienta proceso cuidado enfermero. El **objetivo** de este trabajo es valorar las secuelas que los pacientes han manifestado después de la enfermedad y desarrollar un plan de cuidados para ayudar y mejorar la calidad de vida. **Metodología** Se realiza investigación bibliográfica a fin de identificar todo lo relacionado con la enfermedad, así mismo se valora a una paciente y se trabaja con ella con el proceso de cuidado enfermero y un plan de alta. **Resultados** se logró un vínculo con el paciente en el cual se observa con más confianza para realizar sus actividades y seguir con su tratamiento. **Conclusión** El COVID 19 se ha constituido en una pandemia que afecta a millones de personas a escala global y cuyas consecuencias e impacto es de carácter inconmensurable para la humanidad.

Palabras clave: COVID-19, comorbilidad, secuelas respiratorias, coronavirus, pandemia, neumonía, proceso de cuidado enfermero, patrones funcionales.

I. INTRODUCCION

La pandemia de COVID-19 ha revolucionado la esfera asistencial a partir de que se notificara el primer positivo en diciembre de 2019, los especialistas no han dejado de aprender sobre todos y cada uno de sus aspectos. se encuentran las secuelas que, por afectación directa o no del SARS-CoV-2, han transformado la vida de aquellos que contrajeron el virus y superaron la enfermedad.

Entre las muchas consecuencias derivadas del coronavirus, una de las más importantes es la disnea la cual algunos pacientes la refieren después de haber sido dados de alta”. La mayoría de las veces no existe una causa concreta, sino que es multifactorial, la afectación muscular en muchos pacientes que han sufrido COVID-19. las secuelas neurológicas también pueden contribuir a un déficit de la fuerza muscular, así como un déficit de la función cardíaca. Sin embargó, puede producirse también por propia causa respiratoria. Sabemos que solamente puede suceder en los pacientes graves, que han estado con neumonías o en las unidades de cuidados intensivos, con tratamientos largos de ventilación mecánica. En algunos casos la propia inflamación de la neumonía deriva en una cicatrización de tipo fibrosis en las radiografías o en las pruebas de TAC que se hacen en el seguimiento de la enfermedad, también suele ser afectado neurológicamente una de las secuelas más características es la anosmia, esta se produce por afectación directa del virus en el sistema nervioso central, que la mayoría de los pacientes suele recuperarse entre las 2-4 primeras semanas. “Asimismo a consecuencia de la llamada inmunidad cruzada, pueden producirse síndromes de Guillain-Barré o de Miller Fisher, las más frecuentes entre las secuelas graves junto a los ictus. El de Guillain-Barré puede producir al paciente secuelas en su movilidad ya que afecta al sistema motor y al sensitivo. El cuadro de Miller Fisher hace que el paciente no pueda mover los ojos y que esté con una inestabilidad tan marcada que en ocasiones ya no pueden caminar. También puede haber afectación de la piel o secuelas cutáneas, pero esto se ve muy rara vez ya que solo se ocasiona cuando el paciente se encuentra en una estancia prolongada en cama.

El proceso cuidado enfermero, es un método sistematizado, que guía los principios fundamentales de la enfermera en el ámbito profesional. Está usando sistemas teóricos y modelos conceptuales para organizar el cuidado y comprender el estado de salud del paciente guiando en ello su ejercicio profesional. El Proceso cuidado enfermero es un enfoque deliberativo de resolución de problemas que va dirigido a satisfacer las necesidades del individuo, familia y comunidad mediante las 5 etapas que lo integran, las cuales son valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. (Ruiz García Martha, 2017).

Los cuidados profesionales en la práctica diaria; es necesario ejecutar una metodología con criterios, encaminados a mejorar la calidad de la atención y seguridad del paciente de acuerdo a sus respuestas humanas (Patrones Funcionales) y aplicando la teoría de autocuidado, mismos que son plasmados en los planes de cuidados para pacientes.

Se realiza este proceso con la finalidad de proporcionar un adecuado cuidado basándose siempre en la NANDA, NIC Y NOC, teniendo en cuenta las necesidades que tenga el paciente basándose en su patología y secuelas a causa del COVID 19 decido realizar el Proceso Cuidado Enfermero basado en los Patrones funcionales de Marjory Gordon enfocándome en una paciente con secuelas a causa del COVID.

El cual nos llevara a diferenciar, y entender la sintomatología asociada y comprensión de todos los procedimientos que se le deben brindar, con el propósito de realizar intervenciones de enfermería adecuadas a su padecimiento a si mismo detectar las necesidades del paciente de acuerdo a su estado que presenta y poder realizar planes de cuidado, gracias al proceso de atención de enfermería para mejorar su estado de salud.

II. JUSTIFICACION

La enfermedad por coronavirus (COVID-19) es una enfermedad infecciosa provocada por el virus SARS-CoV-2. La mayoría de las personas que padecen COVID-19 sufren síntomas de intensidad leve a moderada y se recuperan sin necesidad de tratamientos especiales, sin embargo, algunas personas desarrollan casos graves y necesitan atención médica. El virus puede propagarse desde la boca o la nariz de una persona infectada en forma de pequeñas partículas líquidas que expulsa cuando tose, estornuda, habla, canta o respira. Estas partículas pueden ser desde pequeños aerosoles hasta gotitas respiratorias más grandes. Puedes contagiarte de COVID-19 si respiras cerca de una persona infectada o si tocas una superficie contaminada y seguidamente, te tocas los ojos, la nariz o la boca. El virus se propaga más fácilmente en espacios, interiores o en aglomeraciones de personas. Nunca antes una pandemia ocasionada por un virus, había afectado de manera tan estratégica distintos órganos del cuerpo, causando un caos y un desorden utilizando al propio sistema inmunológico para atacar a nuestro organismo, con ningún otro virus se había observado que la coagulación ocasionara microtrombosis y con ello una inflamación severa en los riñones, el páncreas, e hígado. Y de ahí, que las secuelas sean diversas según el órgano afectado en el contexto del coronavirus podemos decir que una secuela es una consecuencia derivada de una infección producida por una inflamación pulmonar, principalmente de una inflamación que puede darse de forma generalizada en el organismo luego de haber padecido COVID-19.

Se aplica el proceso cuidado enfermero a una paciente con diagnóstico de secuelas respiratorias por COVID 19 la finalidad de la realización de este caso clínico surgió de la necesidad de brindar una mejor atención a la cual. Proporciona la base de la selección de intervenciones de enfermería, para lo cual utilizan habilidades, pensamiento crítico, para la interpretación de datos de la valoración y establecer los diagnósticos enfermeros reales, de riesgo, de promoción a la salud y síndrome a través de la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

Las interrelaciones entre las etiquetas diagnósticas NANDA, los criterios de resultados NOC y las intervenciones NIC, determinarán el problema real o potencial que se ha detectado en el paciente, en los aspectos de ese problema que se esperan solucionar mediante una o varias intervenciones enfermeras de las que también se desplegaran una o más actividades necesarias para la resolución del problema.

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un proceso cuidado enfermero a una paciente que presenta secuelas respiratorias a causa del COVID 19.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Emplear el método de Marjory Gordon para la valoración de la paciente.
- ✓ Favorecer el autocuidado en la paciente que presenta secuelas respiratorias por COVID 19.
- ✓ Determinar el indicador de calidad para el monitoreo y control de la atención de enfermería a pacientes adultos con secuelas respiratorias de COVID-19.
- ✓ Realizar un plan de alta adecuado a las necesidades del paciente con secuelas respiratorias por COVID 19.

IV MARCO TEÓRICO

4.1 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINARIA

El reconocimiento de Enfermería como una disciplina profesional implica que quienes la ejercen puedan establecer una directa relación entre el cuidado de enfermería, el desarrollo conceptual y el método seleccionado para proporcionar el cuidado; de esta manera el ejercicio práctico de la profesión tiene un soporte reflexivo e ideológico que fundamenta. Desde Nightingale, la enfermería fue una ciencia y arte, como ciencia se apoyó en sus pensamientos y observaciones, análisis lógico, estadístico y validación de datos, que mostró la utilización del método inductivo que le permitió desarrollar un conjunto de leyes denominadas leyes de la vida. (Erb, 2002) La ciencia de la Enfermería como disciplina está referida a la enseñanza como campo de estudio, es aquí donde se articula la relación ciencia- disciplina; como el conocimiento desarrollado, para la enseñanza en el campo del saber de enfermería (cuáles son sus preocupaciones, la naturaleza de los fenómenos que se dan, como se relacionan, cuáles y como se definen sus paradigmas, sus campos de actuación. Las disciplinas profesionales tienen por objetivo desarrollar los conocimientos que servirán para definir y guiar la práctica.

El surgimiento de la ciencia de Enfermería como disciplina, profesional, autónoma, distintiva, valorada por la sociedad, confronta las demandas de la profesión y la sociedad para que la enfermería asuma la responsabilidad de las decisiones, acciones y consecuencias. La actuación de la enfermera en su profesión práctica, la expone a aspectos legales, que ella podrá resolver, en tanto que posee principios y fundamento científico, disciplinar y ético. (NL, 2006).

4.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente. El cuidado de los pacientes representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos vivos y sanos con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, el cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud. (Colliere-MF, 2003). La revisión acerca del cuidado de enfermería nos lleva a la reflexión de que el profesional de enfermería necesita una reforma humanista que le permita formarse un correcto y elaborado juicio de lo que significa cuidar al paciente y centrar su función, en la atención y apoyo, para que de esta manera se puedan brindar servicios de una clase nueva y diferente de profesionales sanitarios. (C, 2001)

4.3 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería es un método sistemático y racional de planificación y de prestación individualizada de los cuidados de enfermería su finalidad es reconocer el estado de salud del paciente y los problemas o las necesidades reales o potenciales del mismo; organizar planes para satisfacer las necesidades detectadas, y llevando a cabo determinadas intervenciones de enfermería para cubrir esas necesidades. El proceso de enfermería es cíclico debido a que se realiza secuencialmente, de una forma periódica, organizada, controlada, porque parte de un inicio que es la obtención de información por medio de la valoración, luego pasa por las etapas diagnóstica, de planeación y de ejecución y termina con la evaluación. (P. Iye, 1997).

4.4 ETAPAS DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO.

Como todo método, el proceso configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales; está compuesto de cinco etapas: (Jhonson Marion, 2011)

4.4.1 Valoración

La valoración implica la recogida de información subjetiva y objetiva (por ejemplo, signos vitales, entrevista con el paciente/ familia, examen físico) y revisión de la información en la historia del paciente, proporcionada por el paciente la familia, o encontrada dentro de la historia del paciente. Las enfermeras recogen, asimismo, datos sobre las fortalezas del paciente / de la familia (para identificar oportunidades de promoción de la salud) y riesgos (para prevenir o posponer problemas potenciales).la valoración puede basarse en una teoría de enfermería específica, como la desarrollada Florence Nightingale, Wanda Horta o sor Callista Roy, o en un marco teórico para la valoración como los patrones funcionales de Marjory Gordon. Estos marcos proporcionan una forma de clasificar grandes cantidades de datos en un numero manejable de patrones o categorías de datos relacionados.

El fundamento de los diagnósticos enfermeros es el razonamiento clínico.

El razonamiento clínico involucra el uso del juicio clínico para decidir que no funciona en el paciente, y tomar una decisión clínica para decidir lo que necesita para estar bien (Levett -Jones et al 2010). el juicio clínico es una interpretación o conclusión sobre las necesidades, preocupaciones o problemas de salud de un paciente y /o decisión de tomar algún tipo de acción al respecto (o no) (Tanner, 2006, p. 204). Los aspectos esenciales, o focos diagnósticos pueden ser evidentes de forma precoz en la valoración.

Estos marcos proporcionan una forma de clasificar grandes cantidades de datos en un numero Ayuda a identificar los factores y las situaciones que guían la

determinación de problemas presentes, potenciales o posibles, reflejando el estado de salud del individuo.

Para su realización se deberá considerar lo siguiente:

1. Recolectar la información de fuentes variadas (individuo, familia, personal del equipo de salud, registros clínicos, anamnesis, examen físico y laboratorio y otras pruebas diagnósticas) Para recolectarla información se utilizan métodos como la interacción personal, la observación y la medición.
2. Realizar y registrar la valoración de acuerdo con el modelo conceptual adoptado.
3. Realizar la valoración del estado de salud del paciente de forma sistemática, registrando los datos objetivos y subjetivos, y empleando técnicas de valoración directa e indirecta.
4. Analizar los datos obtenidos.

Los tipos de datos:

- Datos subjetivos: no se pueden medir y son propios del paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica (sentimientos).
- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- Datos históricos-antecedentes: aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento, ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

4.4.2 DIAGNÓSTICO.

Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/ proceso vital, o vulnerabilidad para esas respuestas, de una persona, familia, grupo o comunidad. (NANDA – I 2013).

Un diagnóstico enfermero contiene típicamente dos partes: descriptor o modificar y foco del diagnóstico o concepto clave del diagnóstico. Existen algunas excepciones de las cuales un diagnóstico enfermero es solamente una palabra. Las enfermeras diagnostican problemas de salud, estado de riesgo y disposición para la promoción de la salud. Los diagnósticos focalizados en el problema no deberían ser entendidos como más importantes que los diagnósticos de riesgo. Algunas veces el diagnóstico de riesgo pueden ser el diagnóstico de máxima prioridad para un paciente.

Es la parte fundamental donde se incluye el juicio de enfermería, donde se identificarán los problemas potenciales a resolver, sin embargo, es importante mencionar que si es necesario se elaboraran más de uno, estos diagnósticos se encuentran establecidos por la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) de manera oficial, quienes se conforman por una definición, características definitorias y factores relacionados.

Los diagnósticos enfermeros se clasifican en:

Diagnóstico enfocado en el problema: es un juicio clínico con respecto a una respuesta humana indeseable a una condición de salud, proceso de vida, que existe en un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad. Está conformado de tres partes etiqueta diagnóstica, factores relacionados y características definitorias.

Diagnóstico de riesgo: un juicio clínico sobre la susceptibilidad de un individuo cuidador, familia grupo o comunidad para desarrollar una respuesta humana no deseada a las condiciones de salud proceso de vida. Se compone de dos partes de la etiqueta diagnóstica y el factor de riesgo

Diagnóstico de promoción de la salud: un juicio clínico sobre la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud. Estas respuestas se expresan mediante una disposición para mejorar el comportamiento de salud

específicos y se pueden usar en cualquier estado de salud. En los casos en que las personas no pueden expresar su propia disposición para mejorar los comportamientos de salud, la enfermera puede determinar que existe una condición para la promoción de la salud y luego actuar en nombre del cliente.

Tiene etiqueta diagnóstica y características definitorias.

4.4.3 PLANEACIÓN.

Una vez que los diagnósticos han sido identificados deben jerarquizarse con la finalidad de identificar las prioridades (p. ejemplo necesidades urgentes, diagnósticos con alto nivel de congruencia con las características definitorias, factores relacionados, factores de riesgo) con la finalidad que los cuidados puedan ser dirigidos a la resolución de dichos problemas, o a la disminución de la gravedad o riesgo de su aparición (en caso de los diagnósticos de riesgo).

Los diagnósticos enfermeros se usan para identificar los resultados apropiados del cuidado y planificar la intervención específica de enfermería de manera secuencial. (CNC, n.d.) clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). se determinarán las actividades o intervenciones cuyo objetivo es resolver los problemas o las demandas que el paciente requiera en cuanto a su problema especificado en la etapa anterior, por lo tanto, también se determinaran los resultados esperados, que de igual forma ya se encuentran establecidos en el libro de intervenciones de enfermería llamado NIC y los resultados esperados en el libro llamado NOC.

4.4.4 EJECUCIÓN.

Es en esta etapa cuando se pone en práctica el plan de cuidados elaborado.

Durante el desarrollo de esta fase se requiere:

- 1) Validar: es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas expertos, otros miembros del equipo de salud y el paciente. Por lo tanto, las intervenciones deben estar orientadas a la solución del problema del paciente, apoyado en conocimientos científicos y cumplir con la priorización de los diagnósticos. Deberá estar por escrito y al alcance.

2) Continuar con la recolección de datos: a lo largo de la ejecución enfermería continúa la recolección de información, ésta puede utilizarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención.

4.4.5 EVALUACIÓN.

Un diagnóstico enfermero proporciona la base de la selección de las intervenciones de enfermería para conseguir los resultados sobre los cuales la enfermera tiene responsabilidad (NANDA- I 2013). El proceso de enfermería frecuentemente se describe como una evolución paso a paso, pero en realidad la enfermera puede ir hacia adelante y hacia atrás durante su desarrollo.

Las enfermeras se mueven entre la valoración y el diagnóstico enfermero, igualmente, la eficiencia de las intervenciones y la consecución de los resultados identificados se evalúan de manera continua cuando se valora el estado del paciente.

La evaluación debe realizarse, finalmente en cada paso del proceso, así como una vez que el plan de cuidados ha sido implementado.

Evalúa regular y sistemáticamente, las respuestas del paciente a las intervenciones realizadas con el fin de determinar su evolución para el logro de los objetivos marcados, de diagnósticos enfermeros, los objetivos y/o el plan de cuidados.

La evaluación consta de tres partes:

1. La evaluación del logro de objetivos. Es un juicio sobre la capacidad del paciente para desarrollar el comportamiento especificado en el objetivo. Su propósito es decir si el objetivo se logró, lo cual puede ocurrir de forma total, parcial o nula.
2. Revaloración del plan. Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el paciente.
3. La satisfacción del paciente atendido, es importante conocer su apreciación y discutir con el paciente acerca de sus cuidados.

4.4.6 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL PROCESO ENFERMERO

Enseguida se mencionará la evolución del proceso cuidado enfermero pues hoy en día ha evolucionado a una tercera generación como resultado de que la comunidad científica de esta área ha adoptado un cambio en la misma metodología por la que se guía. Su desarrollo en cinco etapas (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación) se sustenta con la mejor evidencia científica, actualmente se considera como tal a las taxonomías de enfermería de *la North American Nursing Diagnosis Association International*, *la Nursing Outcomes Classification* y *la Nursing Interventions Classification*, las cuales se han convertido en lenguajes propios de la disciplina reconocidos internacionalmente, es innegable el hecho de que todos los profesionales que incursionan en el PCE de tercera generación brindan cuidados innovadores a la salud de otras personas, de forma activa y explícita, formulan juicios clínicos, deliberan cómo obtener los mejores resultados y los cuidados específicos para alcanzar cada uno de estos, todo ello con base en taxonomías para la estandarización del cuidado, implementarlo sin duda alguna impone la innegable capacidad de aplicar y desarrollar habilidades críticas, meta cognoscitivas y de pensamiento crítico, en esta dirección, es conveniente señalar que comienza a permear su aplicación en las instituciones de salud y educativas en México, como estrategia para medir los resultados en los pacientes influenciados por el cuidado de enfermería. (T., 2009)

En México se crea la Comisión Permanente de Enfermería, como un cuerpo colegiado asesor de la Secretaría de Salud, que tiene por objeto conducir y analizar las acciones y actividades que se emprendan en materia de enfermería, a fin de contribuir al mejoramiento de la calidad y eficiencia de los servicios de atención a la salud, desarrolló y superación del personal de enfermería, así mismo dicha comisión es el organismo que en México se está dando a la tarea de regular que en todas las instituciones se implemente el proceso cuidado enfermero como metodología de trabajo para todo el gremio y se ha encargado de que se elaboren planes de cuidados estandarizados a fin de facilitar el trabajo de todos los profesionales de enfermería.(salud, 2017)

A través de los años el proceso cuidado enfermero ha ido cambiando acorde a las necesidades del cliente y enseguida se mencionarán algunas de las fechas más relevantes. (R., 2015)

1950: Se propone a los profesionales de enfermería, un método para la toma de decisiones; EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE).

1955: HALL, menciona por primera vez la necesidad de un proceso sistemático que permita a la enfermera tomar decisiones.

1960: DOROTHY JOHNSON, IDA JEAN ORLANDO Y ERNESTINE WIEDENBACH: describen un proceso trifásico: análisis, síntesis y ejecución.

1967: HELEN YURA y MARY WALSH: Publicaron el primer texto que describía el proceso en 4 partes: valoración, planificación, ejecución y evaluación.

1970: BLOCH, ROY y otras, incluyeron la fase de diagnóstico. Dando lugar al actual proceso de 5 fases.

1973: AMERICAN NURSES ASSOCIATION (ANA), consideró al proceso enfermero, como un estándar de calidad.

1980: ANA, definió la profesión como: “la enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales y potenciales”.

4.4.7 TEORÍA DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: DOROTHEA ELIZABETH OREM

Es una de las teóricas de enfermería más destacada en América, nació en Baltimore, Maryland, en 1914. Siempre trabajó para mejorar la formación en enfermería. El objetivo de la enfermería, para ella, era ayudar al individuo a mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la vida y recuperarse de la enfermedad, logrando afrontar las consecuencias de la misma(D., 2012).

Es necesario describir la teoría de Dorothea Orem para vincularlo con el proceso de enfermería del presente trabajo, hay que mencionar que para ella existen paradigmas hacia la persona, salud y enfermería. Persona: concibe al ser humano

como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

Salud: es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.

Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. El modelo de Déficit de autocuidado de Dorothea Orem debido a que la paciente requiere asistencia especializada para cubrir sus actividades de autocuidado por limitaciones físicas, requiere de apoyo para de esta forma mejorar su autocuidado Etiqueta su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por las siguientes tres teorías: (Allgood, 2015)

Teoría del autocuidado: describe por qué y cómo las personas cuidan de sí mismas. Es una función reguladora del hombre, que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por sí solas o deben llevar a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar.

Teoría del déficit de autocuidado: describe y explica como la enfermería puede ayudar a la gente.

Teoría de sistemas enfermeros: describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.

Este caso lo vamos a tomar como perspectiva, bienestar y así contribuir a lograr una mejor adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, para finalmente alcanzar una mejor compensación de la patología. Cabe destacar que enfocare el proceso a la valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon aportando una serie de ventajas que se adaptan al ámbito de la atención primaria de salud, permitiendo estructurar y ordenar la valoración, tanto a nivel individual como familiar o comunitario, a lo largo del ciclo vital de la persona, en situaciones de salud o enfermedad; y que facilitan la fase de diagnóstico enfermero al estar en el origen de la clasificación por dominios de la NANDA.

4.4.8 PATOLOGÍAS

SARS COV-19

4.4.9 CONCEPTO

Es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto recientemente, con síntomas relativamente inespecíficos y similares a otras infecciones virales comunes dirigidas al sistema respiratorio, el virus abarca desde enfermedades leves con signos y síntomas inespecíficos de enfermedad respiratoria aguda, hasta neumonía grave con insuficiencia respiratoria y chok séptico. Posiblemente con una reacción excesiva del sistema inmunitario que conduce a una agresión autoinmune de los pulmones. Aunque los síntomas predominantes son respiratorios pueden ocurrir también manifestaciones gastrointestinales.

ETIOLOGÍA

COVID-19 (acrónimo del inglés coronavirus disease 2019), también conocida como enfermedad por coronavirus o incorrectamente, como neumonía por coronavirus es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2.

FACTORES DE RIESGO

- Edad >55 años
- Enfermedad pulmonar preexistente
- Enfermedad renal crónica

- Diabetes con HbA1c >7.6%
- Historia de HTA (hipertensión arterial)
- Historia de enfermedad cardiovascular
- Uso de medicamentos biológicos
- Historia de trasplante o tratamiento inmunosupresor
- VIH con conteo de CD4 <200 o CD4 desconocido. (Anexo 4)

V. EPIDEMIOLOGIA

Entre el 10 de julio y el 10 de agosto de 2020 se notificaron 4.433.115 casos adicionales de COVID-19, incluidas 114.480 defunciones adicionales en la región de las Américas, para un total acumulado de 10.697.800 casos confirmados de COVID-19, incluyendo 390.849 defunciones. Esto representa un aumento relativo de 64% en casos nuevos y de 37% en defunciones, comparado con el total de casos nuevos y muertes notificadas en las 4 semanas previas (12 de junio al 9 de julio), la mayor proporción de nuevos casos fueron reportados en Estados Unidos de América (44%) y Brasil (30%); mientras que la mayor proporción de nuevas defunciones fueron reportadas en Brasil (29%), Estados Unidos de América (26%) y México (17%). A más de 7 meses desde la notificación de los primeros casos de COVID-19 (reporte conjunto de la OMS y el Gobierno de China en febrero de 2020) fueron muchos los avances alcanzados en relación al conocimiento de la enfermedad; esto incluye, pero no se limita a la fuente de infección, patogénesis y virulencia del virus, transmisibilidad, factores de riesgo, efectividad de medidas de prevención, vigilancia, diagnóstico, manejo clínico, complicaciones y secuelas, entre otros. Sin embargo, existen varias brechas en todos estos aspectos que aún requieren el aporte de toda la comunidad científica. La intensa transmisión de COVID-19 en varios países y territorios de las Américas y la generación de evidencia de parte de la comunidad científica, ha permitido aumentar nuestro conocimiento sobre varios de estos aspectos, entre ellos, lo relacionado a las complicaciones y secuelas por COVID-19.

El conocimiento de estos aspectos son necesarios mejorar y ajustar las estrategias de prevención, y control de la pandemia. (salud, 2020)

El primer caso de COVID-19 se detectó en México el 27 de febrero de 2020. El 30 de abril, 64 días después de este primer diagnóstico, el número de pacientes aumentó exponencialmente, alcanzando un total de 19.224 casos confirmados y 1.859 (9,67%) fallecidos. En respuesta a este brote global, resumimos el estado actual del conocimiento sobre COVID-19 en México.

La mayoría de los casos de COVID-19 se ubicaron en la Ciudad de México.

La edad promedio de los pacientes fue de 46 años. De los 12.656 casos confirmados, el mayor número de infectados ocurre en el rango de edad entre 30 y 59 años (65,85%), y hubo una mayor incidencia en hombres (58,18%) que en mujeres (41,82%). Los pacientes fallecidos tenían una o múltiples comorbilidades, principalmente hipertensión (45,53%), diabetes (39,39%) y obesidad (30,4%). En los primeros 64 días de epidemia, China había reportado 80.304 casos con una tasa de mortalidad del 3,66%.(epidemiologia covid 19, 2020)

5.1 FISIOPATOLOGÍA DEL COVID-19

La COVID-19 está relacionado directamente con el incremento significativo de hospitalizaciones en centros de salud por neumonía. Los cuadros asociados con esta patología desencadenan un síndrome hiperinflamatorio que termina en fallo multiorgánico por liberación excesiva de citoquinas en casos severos se produce como consecuencia de una hiperestimulación linfomonocitaria. Dentro de los marcadores proinflamatorios predictores de mortalidad y gravedad de los pacientes con esta enfermedad se hallan: la elevación de ferritina e interleucina-6 y del dímero-D (LDH).

El COVID-19 es una infección viral producida por el SARS-CoV-2, que afecta principalmente las vías respiratorias bajas, en los casos severos podría producir una respuesta inflamatoria sistémica masiva y fenómenos trombóticos en diferentes órganos. (Anexo 3,4)

El SARS-CoV-2 contiene alrededor de 30 000 bases de RNA. Utiliza la proteína de espiga densamente glucosilada para entrar a las células huésped y se une con gran afinidad al receptor de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2), dicha enzima esta expresada en las células alveolares tipo II. El RNA del virus ingresa a las células del tracto respiratorio superior e inferior, y es traducido a proteínas virales.

Algunos datos no confirmados indican que los hombres asiáticos tienen una mayor cantidad de receptores expresados en las células pulmonares, lo cual en parte explicaría la predominancia en hombres del COVID-19.

El COVID-19 resulta de dos procesos fisiopatológicos interrelacionados.

- a) Efecto citopático directo resultante de la infección viral, que predomina en las primeras etapas de la enfermedad.
- b) Respuesta inflamatoria no regulada del huésped, que predomina en las últimas etapas.

La superposición de estos dos procesos fisiopatológicos se traduce fenotípicamente en una evolución en 3 etapas de la enfermedad:

- a) Estadio I (fase temprana): es el resultado de la replicación viral que condiciona el efecto citopático directo y la activación de la respuesta inmune innata, y se caracteriza por la estabilidad clínica con síntomas leves (p. ej., tos, fiebre, astenia, dolor de cabeza, mialgia) asociados con linfopenia y elevación de d-dímeros y LDH.
- b) Estadio II (fase pulmonar): resulta de la activación de la respuesta inmune adaptativa que resulta en una reducción de la viremia, pero inicia una cascada inflamatoria capaz de causar daño tisular, y se caracteriza por un empeoramiento de la afección respiratoria (con disnea) que puede condicionar la insuficiencia respiratoria aguda asociada con empeoramiento de linfopenia y elevación moderada de PCR y transaminasas.

c)Estadio III (fase hiperinflamatoria), caracterizado por insuficiencia multiorgánica fulminante con empeoramiento frecuente del compromiso pulmonar, resultado de una respuesta inmune no regulada que condiciona un síndrome de tormenta de citoquinas. Este síndrome, que recuerda a la linfocitosis hemofagocítica secundarias, es potencialmente identificado por HS core. Se ha visto que las citoquinas proinflamatorias y quimiocinas incluyendo el factor de necrosis tumoral (TNF α), interleucina 1 β (IL-1 β), IL-6, factor estimulante de colonias de granulocitos, proteína 10 inducida por el interferón gamma y la proteína-1 quimio atrayente de los macrófagos están significativamente elevadas en los pacientes con COVID-19. Como en la influenza grave, la tormenta de citoquinas juega un rol importante en la inmunopatología del COVID-19. Es importante identificar la fuente primaria de la tormenta de citoquinas en respuesta a la infección por SARS-CoV-2 y los mecanismos virológicos detrás de esto.

Si por efecto dañino directo del virus en los tejidos, la tormenta de citoquinas o ambas contribuyen a la disfunción orgánica múltiple, el uso de anticuerpos monoclonales contra el receptor de la IL-6 (tocilizumab, sarilumab) o de corticoides se han propuesto para aliviar la respuesta inflamatoria. Sin embargo, la IL-6 juega un papel importante en iniciar la respuesta contra la infección viral al promover la depuración viral por parte de los neutrófilos. Si bien el papel de la inflamación en COVID-19 es obvio, no está claro si la modulación de la respuesta inflamatoria con medicamentos podría traer beneficios.

La respuesta inmune desregulada tiene una etapa de inmunosupresión que sigue a la fase proinflamatoria. Se caracteriza por un agotamiento funcional de linfocitos periféricos, sobre todo los linfocitos T CD4 y CD8, lo que se ha asociado a un alto riesgo de desarrollar una infección bacteriana secundaria. Esta linfopenia también se ha encontrado en Influenza grave y otras infecciones virales respiratorias.

El mecanismo tras la misma no se ha dilucidado; estudios pasados en el SARS-COV encontraron partículas virales en los linfocitos T aislados de sangre periférica, bazo, ganglios linfáticos y tejido linfoide de varios órganos, por lo que una hipótesis

razonable es que además de la muerte de los linfocitos inducida por el ligando Fas, el SARS-CoV-2 podría directamente infectar los linfocitos, con lo que debilitaría la respuesta antiviral.

Otra consideración importante está relacionada con el estado de hipercoagulabilidad asociado tanto con el efecto citopático del virus en el endotelio como con la respuesta inflamatoria, que puede identificarse sistémicamente.

Este estado de hipercoagulabilidad puede traducirse en micro trombosis con oclusión de pequeños vasos del lecho vascular pulmonar (que contribuyen al empeoramiento de la hipoxia por alteración de la relación ventilación/perfusión) y luego asociarse con manifestaciones de coagulación intravascular diseminada con repercusión significativa sistémica. Los microtrombos están presentes en los pulmones, y las alteraciones de la cascada de coagulación se pueden medir a nivel sistémico. La disfunción endotelial causada tanto por el efecto citopático directo del virus como por la reacción inflamatoria conlleva a un entorno protrombótico.

Se ha observado que los pacientes que cursan con un cuadro clínico de COVID 19 pueden presentar diversas complicaciones como: respiratorias, cardíacas, neurológicas, cutáneas.

Es el presente trabajo nos enfocaremos a las complicaciones respiratorias, se ha descrito que más de la mitad de los pacientes que han necesitado ingreso hospitalario por el virus SARS-CoV-2 continúa presentando síntomas a los dos meses del inicio de la enfermedad, siendo la fatiga y la disnea los síntomas persistentes más frecuentes a nivel pulmonar. Se observa que un 40% presenta alteraciones en la función respiratoria al mes del alta, aunque la gran mayoría de los pacientes podrían realizar sus actividades de la vida diaria sin limitaciones.

Una de las principales preocupaciones de la comunidad científica respecto a las potenciales secuelas de la infección por COVID 19 es el desarrollo de fibrosis pulmonar (SELLARES, 2020)

La mayoría de los casos de COVID son leves, existe una gran cantidad considerable de pacientes que desarrollan neumonía, o incluso, síndrome de distrés respiratorio agudo. Luego de recuperarse del cuadro inicial, muchos pacientes continúan con diversos síntomas (fatiga, tos seca, fiebre, disnea anosmia, dolor torácico entre otras) lo que ha llevado a considerar la posible existencia del síndrome post COVID 19 aunque la definición y valides de este síndrome aun no son claras, varios estudios reportan que los individuos recuperados de la COVID 19 pueden tener persistencia de síntomas, anormalidades radiológicas y compromiso de la función respiratoria. La evidencia actual sugiere que existe gran cantidad de secuelas pulmonares des pues de una neumonía por COVID 19 (engrosamiento intersticial infiltrado de vidrio esmerilado patrón en empedrado, bronquio extasías entre otras. De igual forma parece ser que las pruebas de función pulmonar además de la TAC de alta resolución son útiles para evaluar las secuelas pulmonares post COVID.(Ojeda, 2020).

Las secuelas pulmonares de tipo inflamatorio requieren un abordaje terapéutico anti inflamatorio (corticoides orales) y de fisioterapia respiratoria que puede alargarse semanas o meses hasta su resolución esta fibrosis pulmonar inducida podría mantenerse estable por años o progresar y asociar empeoramiento en la calidad de vida y un mayor riesgo de mortalidad a medio y largo plazo.

Algunos mecanismos biológicos implicados en la cascada de liberación de citoquinas inducidas por el SARS COV- 2 se encuentra también en la respuesta pro fibrótica incremento del factor de necrosis tumoral, péptidos de angiotensina 2 por disminución de la ECA, factor de crecimiento beta y factor de crecimiento plaquetario esto puede ser la razón de la alta prevalencia de fibrosis.(MOLINA, 2020).

El mecanismo fisiopatológico de la neumonía inicia en el momento en que las barreras de las defensas normales de la vía respiratoria son privadas de ejercer su efecto defensivo para ello se recuerda que las células que tapizan la vía respiratoria son cilíndricas, ciliadas y seudo estratificadas. Las células ciliadas formas olas de

movimiento coordinado en dirección de la orofaringe, con el fin de remover los residuos mucosos u objetos extraños que se introduzcan a la vía respiratoria. La tráquea y los bronquios que tiene las células ciliadas intercaladas por células secretoras de moco son las encargadas de generar el fluido mucoso que se observa en una expectoración. Por otro lado, la pared alveolar está constituida por epitelio alveolar y liquido de revestimiento epitelial que contiene inmunoglobulinas las cuales reaccionan cuando un germen ingresa a espacio alveolar produciendo su inmediata opsonización el ingreso de los gérmenes causales produce invasión y proliferación en el alveolo, impidiendo el intercambio gaseoso lo cual condiciona la disnea el proceso inflamatorio hace que se produzca moco lo que activa el mecanismo de la tos. El exudado formado estimula la formación de pirógenos por lo tanto fiebre.(CABRERA, 2021)

5.2 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El cuadro inicia con sintomatología respiratoria inespecífica que puede evolucionar a un cuadro más severo.

- Malestar general
- Tos seca
- Dolor de garganta
- Fiebre
- Disnea (dificultad para respirar)
- Infiltrados neumónicos invasivos en ambos pulmones (signos radiológicos de neumonía) observables en las radiografías de tórax.

Además de estos síntomas pueden manifestarse otros síntomas posibles como: diarreas, náuseas, vómitos, pérdida de apetito dolor u opresión en el pecho, mareos, afonía, urticarias y otras lesiones cutáneas, perdida del olfato o del gusto, conjuntivitis. (Anexo 1,2).

Mecanismo de transmisión. El virus del SARS-CoV-2 causante de la pandemia se produce mediante pequeñas gotas de flush que se emiten al hablar, estornudar,

toser o espirar, que al ser despedidas por un portador (que puede no tener síntomas de la enfermedad o estar incubándola) pasan directamente a otra persona mediante la inhalación, o quedan sobre los objetos y superficies que rodean al emisor, y luego, a través de las manos, que lo recogen del ambiente contaminado, toman contacto con las membranas mucosas orales, nasales y oculares, al tocarse la boca, la nariz o los ojos.

Esta última es la principal vía de propagación, ya que el virus puede permanecer viable hasta por días en los fómites. (cualquier objeto carente de vida, o sustancia, que si se contamina con algún patógeno es capaz de transferirlo de un individuo a otro) La transmisión de la infección ocurriría fundamentalmente en los casos leves en la primera semana de la presentación de los síntomas, desde 1-2 días antes hasta 5-6 días después. En los casos más graves esta transmisión sería más intensa y más duradera. El pico de la carga viral en muestras nasales y orofaríngeas ocurre durante los primeros 5-6 días tras el inicio de síntomas. Periodo de incubación mediano es de 5-6 días, con un rango de 1 a 14 días.

El 97,5% de los casos sintomáticos se desarrollan en los 11 días tras la exposición. Importante también es la duración de la enfermedad en la que el tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta la recuperación es de 2 semanas cuando la enfermedad ha sido leve y 3-6 semanas cuando ha sido grave o crítica, el tiempo entre el inicio de síntomas hasta la instauración de síntomas graves como la hipoxemia es de una semana.

5.3 DIAGNOSTICO

El principal sería la interrogación directa del paciente también la PCR (reacción en cadena de la polimerasa) que se basa en la detección de material genético (RNA) del virus, es la prueba para diagnosticar COVID-19. (Anexo 10) Se realiza habitualmente sobre una muestra nasofaríngea, necesita laboratorios especialmente equipados y detecta casos aún en fase asintomática. Si fuera

negativa pero el cuadro clínico es sugestivo de COVID-19, debería repetirse. (CDC, 2020).

La prueba serológica de anticuerpos busca la presencia de proteínas específicas producidas en respuesta a la infección (IgM e IgG). Los anticuerpos detectados por esta prueba indican que la persona tiene una respuesta inmune al SARS-CoV-2, aunque la infección fuera asintomática, es más económica y sencilla que el PCR y tienen gran utilidad epidemiológica (CDC, 2020).

5.4 TRATAMIENTO

En los casos con síntomas respiratorios leves, el tratamiento se basa en aliviar la sintomatología, antitérmicos si hay fiebre, analgésicos si hay dolor, hidratación, reposo. En el caso de los pacientes críticos, se requieren métodos de asistencia respiratoria más avanzados, oxígeno y respiradores. La dexametasona es un corticoide que contribuye a reducir el tiempo que los pacientes están conectados a un respirador y que puede salvar la vida de los que se encuentran en estado grave y crítico.

En caso de que no sea posible hacerte una prueba, quédate en casa y aíslate durante 14 días. Durante el periodo de cuarentena, no vayas al trabajo, a clase ni a lugares públicos. Si necesitas algo de fuera, pide a alguien que te lo lleve.

Mantén una distancia de al menos 1 metro con otras personas, incluidos tus familiares.

Usa la mascarilla para no contagiar a los demás. También debes llevarla puesta si necesitas acudir a un centro médico, lávate las manos con frecuencia.

Quédate en una habitación aislada del resto de los miembros de tu familia y, si no es posible, lleva puesta la mascarilla.

Mantén la estancia bien ventilada.

Si compartes el dormitorio con otras personas, debe haber una separación de al menos 1 metro entre las camas.

Controla tus síntomas durante 14 días.

Llama por teléfono a tu proveedor de servicios sanitarios de inmediato si tienes algún síntoma peligroso, como dificultad para respirar, pérdida de movilidad o del habla, confusión o dolor en el pecho.

5.5 COMPLICACIONES Y SECUELAS RESPIRATORIAS.

Secuelas por COVID-19 Como parte del proceso fisiopatológico de la COVID-19, se genera una respuesta inflamatoria intensa que tiene al tracto respiratorio y principalmente el pulmón como primer órgano afectado, sin embargo, varios estudios apuntan que las secuelas de esta infección no sólo se limitan al aparato respiratorio, y que se han registrado secuelas en el sistema cardiovascular, y en el sistema nervioso central y periférico. Se ha documentado también secuelas psiquiátricas y psicológicas. (salud, 2020)

Secuelas en el aparato respiratorio los pacientes que desarrollaron un cuadro clínico grave de COVID-19 tienen como principal secuela el desarrollo de fibrosis pulmonar, durante la fase aguda de la infección por SARSCoV-2, el daño pulmonar causa edema, desprendimiento alveolar de células epiteliales y depósito de material hialino en las membranas alveolares. Durante la siguiente fase de la infección, que usualmente ocurre entre las segunda y quinta semana, los pulmones muestran signos de fibrosis, con el depósito de fibrina y la infiltración de células inflamatorias y fibroblastos cerca de las células epiteliales, en los espacios alveolares. Durante la etapa final, entre la sexta y octava semanas, el tejido pulmonar se vuelve fibrótico adicionalmente, hay varios reportes de lesiones bilaterales con predominio del lóbulo inferior.

Secuelas en el sistema cardiovascular Se ha documentado que pacientes con formas graves de COVID-19 presentaron lesiones significativas de miocardio incluyendo miocarditis relacionada a infección, con reducción de la función sistólica y arritmias. Estas lesiones podrían ser secundarias al daño pulmonar severo desafortunadamente aún se conoce poco acerca de los mecanismos responsables de estas secuelas. Preliminarmente se asume que estaría implicada la enzima convertidora de angiotensina 2 (ECA 2) la cual permite la entrada del virus a las

células y facilita la replicación viral, se encontraron niveles significativamente altos de ECA 2 en tejido cardíaco (cardiomiocitos y pericitos), principalmente en pacientes con condiciones cardiovasculares preexistentes. Se ha reportado lesión miocárdica, que podría deberse al daño directo a los cardiomiocitos, la inflamación sistémica, la fibrosis intersticial miocárdica y la hipoxia. Debido a las lesiones significativas de miocardio en pacientes con manifestaciones clínicas graves por COVID-19, la morbilidad y letalidad de la enfermedad podrían ser altas, más aún en pacientes con condiciones cardiovasculares preexistentes.

Afectación neurológica.

En el aspecto neurológico, una de las secuelas más características de la COVID-19 es la anosmia o pérdida de olfato. esta se produce por afectación directa del virus en el sistema nervioso central a la mayoría de los pacientes suele recuperarse entre las 2-4 primeras semanas. No obstante, hay pacientes en los que puede permanecer un déficit prolongado. Por su parte la cefalea afecta a entre un 40-60 por ciento de los pacientes con COVID-19 sintomático. Aunque la mayoría de los pacientes solucionan este problema a las 1-2 semanas, entre 2-5 por ciento puede desarrollar una cefalea crónica. Es bastante incapacitante, creemos que más que por la invasión directa, es más producido por la liberación de citoquinas, que pueden producir inflamación.

Secuelas neuropsiquiátricas.

En casos graves de COVID-19, la respuesta hiper-inflamatoria sistémica podría causar un deterioro cognitivo a largo plazo, como por ejemplo deficiencias en la memoria, atención, velocidad de procesamiento y funcionamiento junto con pérdida neuronal difusa. Además, se ha documentado que los procesos inflamatorios sistémicos en personas de mediana edad podrían llevar a un deterioro cognitivo décadas más tarde. Por lo tanto, la evaluación a largo plazo de manifestaciones clínicas de esclerosis múltiple será necesaria en pacientes recuperados de la COVID-19. Adicionalmente puede alcanzar el sistema nervioso central y periférico,

con propagación hematológica o propagación neural directa por vía respiratoria por posibles mecanismos de neuro tropismo del virus. El receptor de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ECA II) desempeñaría un papel en el mecanismo por el cual el virus SARS-CoV-2 ingresa a la célula y se expresa en el cerebro. También se han observado diversos tipos de manifestaciones clínicas neuropsiquiátricas, como encefalopatía, cambios de humor, psicosis, disfunción neuromuscular o procesos desmielinizantes, pueden acompañar a la infección viral aguda o pueden seguir a la infección por semanas, meses o potencialmente más tiempo, en pacientes recuperados. Por lo tanto, el seguimiento neuropsiquiátrico prospectivo de individuos expuestos al SARS-CoV-2 en las diferentes etapas del ciclo vital, así como su estado neuroinmune, es crucial para comprender completamente el impacto a largo plazo de las manifestaciones clínicas neuropsiquiátricas de la COVID-19. La evaluación de las consecuencias neuropsiquiátricas directas y los efectos indirectos de la COVID-19 sobre la salud mental es muy necesaria para la planificación de la atención de la salud mental, secuelas psicológicas la propagación de COVID-19 a nivel global, ha llevado a encaminar esfuerzos para asegurar el distanciamiento social, por lo que podrían presentarse efectos psicológicos negativos por el aislamiento social. Todos los grupos de edad, niños, adolescentes, adultos jóvenes y los adultos mayores son grupos poblacionales que tienen riesgo de sufrir las secuelas psicológicas por las medidas de salud pública implementadas durante la pandemia, y grupos específicos como el personal de salud podrían también recibir un impacto en la salud mental. Será importante la priorización e implementación de estrategias de salud pública integrales para abordar este problema en población en general y grupos específicos.

Secuelas cutáneas.

Aunque las manifestaciones en la piel no son constantes, existen y son de diferente gravedad e intensidad manifestaciones cutáneas vinculadas a la infección por SARS-CoV-2 denominado COVID Piel. Cristina Galván, portavoz de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV). “Cuando la piel sufre las consecuencias de la afectación vascular se produce lo que llamamos necrosis”.

Esta secuela puede producirse en diversidad de grados, tal “Pueden ir desde pequeñas cicatrices, si se han necrosado puntos pequeños, o si se han producido necrosis más extensas, como un dedo entero o todos los de un pie o de una mano. Las consecuencias son tan intensas como quedarse sin ellos. Por otra parte, y debido al fenómeno inflamatorio y la hiperreactividad, los servicios de dermatología están registrando muchas urticarias. Esta inflamación aparece ante un roce mínimo, y hay pacientes en los que persiste una vez se han curado de la COVID-19”.

Asimismo, un tipo de caída de pelo, se ha convertido también en una secuela propia de la COVID-19 que puede aparecer semanas después de haber superado la enfermedad. Se trata además una secuela muy común en el ámbito dermatológico, junto a las urticarias.

Huella cardiológica

La afectación cardiológica ha sido una de las cuestiones que más ha preocupado en el ámbito de la COVID-19. Aun así, y debido a que todavía se trata de una enfermedad nueva que precisa de una mayor experiencia clínica, el impacto de la misma “a medio-largo plazo aún es un poco una incógnita”. Así lo valora Ángel Cequier Fillat, presidente de la Sociedad Española de Cardiología (SEC), quien apunta a una mayor precisión del conocimiento de las complicaciones que han aparecido en la fase aguda. Algunos pacientes han presentado miocarditis, otros incluso muerte súbita. También en esta fase, en algunos pacientes la enfermedad coronaria se ha inestabilizado. Han aparecido más pacientes con problemas con infarto agudo de miocardio o también insuficiencias cardíacas descompensadas. Además, asociado a lo producido por el virus, sabemos que se produce una afectación muy frecuente en pacientes ingresados por COVID-19 de manera que prácticamente una tercera parte o un poco más de los pacientes que son hospitalizados tienen elevaciones de los marcadores de daño miocárdico, son las troponinas, este aspecto es importante porque es una afectación del corazón indirecta por parte del virus que no sabemos muy bien cuál va a ser el significado a medio-largo plazo. Su afectación puede ser incluso mayor que la tercera parte, un

estudio que reporta que, mediante técnicas de resonancia, hasta un 60-70 por ciento de los pacientes tiene algún tipo de alteración miocárdica en relación a la COVID-19.

Tromboembolismo y COVID-19

Riesgo de fenómenos trombóticos, tanto arteriales como venosos, derivados del estado de hiperinflación que causa la COVID-19. Sabemos que los pacientes que han sido sometidos a un tratamiento anticoagulante durante la hospitalización evolucionan más favorablemente que los pacientes en las primeras semanas que los que no lo han recibido.

La incidencia de tromboembolismo venoso puede alcanzar hasta el 30 por ciento en pacientes hospitalizados. Incluyendo trombosis venosa profunda de extremidades inferiores. Así, indica que las dos secuelas a medio plazo a prevenir son el síndrome posttrombótico y la hipertensión pulmonar tromboembólica. Por ello, es importante mantener la profilaxis antitrombótica hasta 7-14 días tras el alta hospitalaria en estos pacientes.

Los signos y síntomas que pueden indicar un síndrome posttrombótico son dolor, edema, enrojecimiento y tumefacción de la extremidad afectada. En cuanto a los que han sufrido embolia de pulmón, el síntoma principal es la dificultad respiratoria, que podría venir acompañada o no de dolor torácico.

Neurológicos: Mareo, alteración del nivel de conciencia, accidente cerebrovascular, ataxia, epilepsia, hipogeusia, hiposmia y neuralgia.

Cardiológicos: En ocasiones la enfermedad puede presentarse con síntomas relacionados en el fallo cardiaco o daño miocárdico agudo, incluso en ausencia de fiebre y síntomas respiratorios.

Oftalmológicos: Ojo seco, visión borrosa, sensación de cuerpo extraño y congestión conjuntival.

Pulmonares: Síndrome de dificultad respiratoria aguda, sepsis y choque séptico que conduce a alrededor del 3 % de los infectados a la muerte.

Hematológicos: Fenómenos trombocitos asociados a los casos de COVID-19 que se manifiestan como infarto cerebral, isquemia cardiaca, muerte súbita, embolismos, trombosis venosa profunda.

Dermatológicas: Manifestaciones muy variadas, desde erupciones tipo rash (principalmente en el tronco), erupciones urticarias, vesiculosas similares a varicela o púrpura. (d, 2020)

5.6 RESUMEN DEL CASO CLÍNICO

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE: M XX I

EDAD: 69

FECHA DE NACIMIENTO: 8 de julio del 52

FECHA DE ELABORACIÓN: 27 de julio del 2021

PROCEDENCIA: San Luis Potosí

DX: Hipertensión arterial +cardiopatía +neumonía asociada a sars-cov-19, CO-RADS IV

5.7 VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA

Antecedentes personales patológicos

Refiere ser hipertensa desde hace 32 años con tratamiento niega ser diabética refiere procedimientos quirúrgicos de litiasis vesicular hace más de 35 años e histerectomía total por miomas hace 23 años, refiere ser alérgica al ácido acetil salicílico y al calcio, se transfundió hace más de 45 años. Refiere una fractura de dedo pulgar por caída de su propia altura. Manifiesta reciente diagnóstico de taquicardia ventricular post COVID hace 7 meses.

Antecedentes personales no patológicos

Habita en casa habitación cuenta con todos los servicios, refiere baño diario y cambio de ropa, cuenta con zoonosis positiva no tiene toxicomanías.

Antecedentes heredofamiliares

Con madre finada hace más de 10 años por EPOC, hipertensión arterial padre finado por Tuberculosis.

Exploración física

Paciente femenina de 69 años con edad cronológica a la edad se percibe orientado en sus tres esferas con un Glasgow de 15, se observan facies de dolor debido a las molestias que le dejó el COVID. La integridad de la piel no se observan lesiones, estructuras corporales simétricas, sin dificultad para la movilización de miembros inferiores y superiores con amplitud adecuada sin uso de aditamentos para la movilidad, llenado capilar y pulsos periféricos presentes la piel se percibe con adecuada coloración, se observa ligero edema en miembros inferiores, complexión delgada ectomorfo, no utiliza sonda vesical, refiere baño diario y cambio de ropa diario a la exploración física se obtienen los siguientes signos vitales : TA 160/90, FC 54 x min, FR 30 x min T 36.2 SPO2 89% TALLA: 1:55 PESO 69kg IMC 28.3 sobrepeso grado I con circunferencia de cintura de 98 cm.

Cráneo normocéfalo sin lesiones aparentes cabello bien implantado escaso de color castaño lacio con ligeras partes de alopecia cuero cabelludo con ligera descamación, la piel de la cara se observa con adecuada coloración bien hidratada con ligeras manchas causadas por la exposición al sol con una marca de nacimiento en pómulo derecho, con cicatriz queloide de color rojiza, cejas semi pobladas conjuntivas normocrómicas párpados ligeramente inflamados pupilas isocóricas normoevolutivas a la luz, nariz de tamaño pequeña adecuada simetría, con mucosas nasales, con adecuada hidratación no hay presencia de secreciones. Cavidad oral con adecuado estado de hidratación, labios rosados no se observa cianosis peribucal lengua normocromica con adecuada coloración, cuello cilíndrico, sin adenomegalias palpables tórax simétrico campos pulmonares sin presencia de estertores o sibilancias ni quejido no se observa dificultad respiratoria, sonidos cardiopulmonares rítmicos abdomen blando depresible con presencia de peristalsis. Genitales femeninos con adecuada distribución de bello pubiano no se observa inflamación se realiza inspección vaginal la cual se observa sin problema región anal y perianal sin lesiones.

5.8 VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE M. GORDON

PATRON 1

PERCEPCION- MANEJO DE LA SALUD.

La paciente se muestra con una actitud de aceptación ante su enfermedad y refiere conocer su estado de salud, el pronóstico de su enfermedad y el riesgo en caso de no apegarse al plan terapéutico, refiere baño diario y cambio de ropa cuenta con esquema de vacunación completo, refiere ser alérgica a la aspirina y al calcio, niega toxicomanías menciona salir de paseo o al super para mantenerse distraída asiste a sus consultas siempre en compañía de su familiar menciona haber tenido un internamiento hace 7 meses.

PATRON 2

NUTRICIONAL METABÓLICO

PESO 69

TALLA 155 CM

IMC 28,7

Paciente femenina alerta cooperadora con alimentación a base de verduras, carnes blancas, baja en sodio, con tres comidas al día sin colaciones, sin necesidad de ayuda para alimentarse, refiere hiporexia o perder el apetito y sentirse satisfecha sin haber comido, toma aproximadamente 1 litro de agua al día con adecuada hidratación de tegumentos.

PATRON 3

ELIMINACION

Refiere tener problemas para evacuar, ya que solo acude 1 veces al día de consistencia dura a la valoración abdominal no se observa distensión ni dolor al momento de la palpación no necesita ayuda de laxantes. Eliminación urinaria

presente 1 micción cada 24 horas de consistencia amarilla clara refiere necesitar ayuda de diuréticos, presenta diaforesis nocturnas y edema de miembros inferiores sin cambios de coloración ni de temperatura, pero con dolor moderado para caminar.

PATRON 4 ACTIVIDAD EJERCICIO

La actividad física se encuentra disminuida debido a que después de recuperarse del COVID su marcha es más lenta de lo normal, con presencia de agitación, taquipnea, taquicardia al caminar largas distancias y sentirse mal por no poder realizar sus actividades ya que debido a sus padecimientos actuales no puede excederse a realizar. Manifiesta la falta de aire y agitarse con 22 respiraciones por minuto con adecuada expansión pulmonar y su frecuencia cardiaca puede variar si realiza caminatas largas o ejercicios no tolerables.

PATRON 5

SUEÑO DESCANSO

Refiere dormir solo de 4 a 5 horas ya que tiene dificultad para conciliar el sueño insomnio, al sentirse un poco insegura ya que refiere que al sueño profundo ya no podrá despertar prefiere ver la televisión como rutina para mantenerse despierta, solo en pocas ocasiones tiende a hacer siestas de una hora, ya que siempre está realizando alguna actividad que no le genere fatigarse.

PATRON 6

COGNITIVO PERCEPTUAL

Refiere sentirse una persona activa sin necesidad de ayuda de otros a pesar que paso por una adaptación de su ritmo de vida ya que toda su vida trabajo como enfermera, menciona haberse sentido triste por dejar lo que le gusta, y ahora por su jubilación trata de sentirse útil realizando actividades que le parecen interesantes como salir de paseo, refiere estar conforme con su cuerpo ya que no ha sufrido

cambios físicos se siente querida por su familia ya que siempre se encuentra acompañada.

PATRON 7

AUTOPERCEPCION AUTOCONCEPTO

Yo me considero una persona amable la cual a mí me gusta la vida que me toco la familia que forme y sobre todo la carrera que escogí ya que para mí ser enfermera y cuidar de los de más me he es muy satisfactorio ya que nunca recibí quejas de acuerdo al cuidado jamás fui conflictiva, en mi trabajo las personas hablan bien de mi sobre todo ahora que ya me jubile me di cuenta de las personas que me aprecian, y adaptarme a mi nuevas rutinas ya que después de 48 años sin dejar de trabajar me deprimí pero he tratado de salir adelante sobre todo que tuve una nueva oportunidad de vivir ya que cuando me contagie de COVID pensé que jamás volvería a ver a mi familia ya que me causo muchas secuelas en mi actividad deje de hacer cosas que para mí eran fáciles y ahora pues me canso y me siento con ansiedad ya que me enoja no poder realizarlas pero siempre cuento con mis hijos, nietos para ayudarme me siento querida y amada por mi familia y me siento bien con todo lo que me tocó vivir.

PATRON 8

ROL RELACIONES

Refiere que como cabeza de la familia tiene un rol en el cual ella siempre está al pendiente de cada situación, ya que después de 6 meses de su jubilación ha sido difícil que después de 48 años de servicio como enfermera del hospital central trata de adaptarse a un nuevo estilo de vida, vive con su esposo que también por causas de enfermedad permanecen en la casa, ella aparte de esto es responsable de dos nietos lo cuales quedaron a cargo de ella por el fallecimiento de su hija mayor, no refiere tener algún grupo social pero se mantiene en contacto con

compañeras de trabajo, refiere llevarse bien con los vecinos ella no es persona problemática.

PATRON 9

SEXUALIDAD REPRODUCCION

Femenina de 69 años con la primera menstruación a los 11 años inicio de vida sexual a los 22 años, con 5 hijos, 4 mujeres y un hombre, todos sin ninguna complicación todos por partos naturales, a los 48 años se le realiza histerectomía total a causa de miomas.

PATRON 10

TOLERANCIA AL ESTRÉS

La mayor parte del tiempo se siente cómoda, tranquila, solo refiere estrés cuando siente cambios en su estado de salud y a consecuencia de las secuelas de COVID se siente insegura ya que piensa que al dormir profundamente puede dejar de respirar, por eso prefiere mantenerme ocupada.

PATRON 11

VALORES-CREENCIAS

Profesa la religión católica es creyente y es muy importante, trata de ir a la iglesia cada domingo, pero con esto de la pandemia solo acude cuando no hay tanta gente, trata de cuidarse y sentirse cerca de dios, ya que se siente muy satisfecha con la vida que le toco.

**5.9 DIAGNOSTICOS ENFERMEROS NANDA, NIC, NOC, FUNDAMENTACION.
FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón (es): Actividad reposo</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Presenta fatiga, adinamia, edema, elevación de la presión arterial, bradicardia, dificultad respiratoria, taquicardia, mareo, somnoliento.</p> <p>Datos Subjetivos</p> <p>Refiere cansancio, debilidad muscular, ansiedad, dificultad respiratoria, palpitaciones.</p>	<p>Dominio: 4</p> <p>Clase: 4 Respuestas cardiovasculares / pulmonares</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Disminución del gasto cardiaco</p> <p>Concepto: Inadecuado volumen de sangre bombeada por el corazón, para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo.</p> <p>Condiciones asociadas:</p> <p>Alteración de la frecuencia y ritmo cardiaco.</p> <p>Alteración de la precarga.</p> <p>Características definitorias:</p> <p>Bradicardia</p> <p>Cambios electro cardiográficos</p> <p>Palpitaciones cardiacas</p> <p>Taquicardias</p> <p>Edema</p>	CRITERIOS DE RESULTADO(NOC)		
		Dominio: 1 salud funcional	Clase: 2 (A) Mantenimiento de la energía	
		Criterio de resultado: (0414) Estado cardiopulmonar		
		Indicador (es)	Puntuación inicial	Puntuación Diana*
(041405) Ritmo cardiaco	Desviación grave del rango normal 1	2		
(041406) Frecuencia respiratoria	Desviación sustancial del rango normal 2	2		
(041412) Saturación de oxigeno	Desviación moderada del rango normal 3	3		
(041404) Frecuencia cardiaca apical	Desviación leve del rango normal 4	3		
	Sin desviación del rango normal 5			

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN													
<p>Campo: 1 Fisiológicos/ Básico</p> <p>Clase: 2 (A) Control de actividad ejercicio</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>Cuidados cardiacos (4040)</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorización de forma rutinaria al paciente desde el punto de vista físico 2. Garantizar un nivel de actividad que no comprometa el gasto cardiaco y que no provoque crisis cardiacas. 3. Alentar un incremento gradual de la actividad cuando la afección este estabilizada. 4. Instruir al paciente sobre la relevancia de notificar de inmediato cualquier molestia torácica. 5. Evaluar cualquier episodio de dolor torácico (intensidad, localización, irradiación, duración, y factores precipitantes y calmantes) 6. Monitorizar signos vitales con frecuencia 7. Instruir al paciente y al familiar sobre las modalidades de tratamiento, la limitación de las actividades y los progresos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La monitorización hemodinámica nos permite obtener información sobre el funcionalismo cardiovascular del paciente crítico, por lo que constituye una pieza fundamental en la aproximación diagnóstica y en la guía terapéutica del paciente. 2. Tomar la frecuencia cardiaca, como parte del gasto cardiaco o volumen minuto, en condiciones de reposo o durante el ejercicio. Para valorar que tanto esfuerzo puede realizar el paciente. 3. Mantener al paciente en actividad sin llegar a fatigarlo para valorar el tratamiento siempre y cuando la enfermedad este totalmente controlada. 4. La enfermera debe vigilar e instruir al individuo sobre la aparición de sintomatología, para notificar o actuar con la mayor prontitud posible, y evitar la presencia de un nuevo evento cardiovascular. 5. Las características más importantes que nos van a hacer pensar en un origen no coronario del dolor son: Dolor torácico pleurítico, dolor lancinante o agudo causado por movimientos respiratorios. Localización fundamental o única del malestar en la región abdominal media o inferior. Dolor señalado con un dedo. 	<p>Criterio de resultado:(0414) Estado cardiopulmonar</p> <table border="1" data-bbox="1247 394 1631 1390"> <thead> <tr> <th data-bbox="1247 394 1631 443">Indicador (es)</th> <th data-bbox="1631 394 2016 443">Puntuación final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1247 443 1631 492">(041405) Ritmo cardiaco</td> <td data-bbox="1631 443 2016 492" style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1247 492 1631 573">(041406) Frecuencia respiratoria</td> <td data-bbox="1631 492 2016 573" style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1247 573 1631 654">(041412) Saturación de oxigeno</td> <td data-bbox="1631 573 2016 654" style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1247 654 1631 735">(041404) Frecuencia cardiaca apical</td> <td data-bbox="1631 654 2016 735" style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1247 735 1631 1390">(041407) Ritmo respiratorio</td> <td data-bbox="1631 735 2016 1390"></td> </tr> </tbody> </table>	Indicador (es)	Puntuación final	(041405) Ritmo cardiaco	3	(041406) Frecuencia respiratoria	2	(041412) Saturación de oxigeno	3	(041404) Frecuencia cardiaca apical	3	(041407) Ritmo respiratorio		
Indicador (es)	Puntuación final														
(041405) Ritmo cardiaco	3														
(041406) Frecuencia respiratoria	2														
(041412) Saturación de oxigeno	3														
(041404) Frecuencia cardiaca apical	3														
(041407) Ritmo respiratorio															

<p>8. Evaluar a los pacientes para detectar la presencia de ansiedad y depresión, recomendando un tratamiento antidepresivo adecuados.</p>	<p>Dolor reproducido por movimiento o palpación de la pared torácica o de los brazos. Dolor continuo que dura días.</p> <p>6. Esto nos ayudara a mantener un registro de la T/A.FC.</p> <p>7. Favorecer o facilitar la aplicación, y administración del tratamiento para así facilitar el apego.</p> <p>8. Hablar con la persona sobre lo que has notado y por qué estás preocupado. Explícale que la ansiedad es una enfermedad, no un defecto ni una debilidad personal, y que generalmente mejora con el tratamiento.</p>		
--	--	--	--

*Se puntuará cada indicador en escala de 1 al 5 ** GPC: Se pueden integrar recomendaciones de las Guía de práctica clínica

DIAGNOSTICOS ENFERMEROS NANDA, NIC, NOC, FUNDAMENTACION.

FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es) Nutricional metabólico</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Se observa con deterioro para la alimentación ya que se nota la pérdida de peso con ligera, palidez de tegumentos y piel seca, con distensión abdominal, moderadamente aumentado con un IMC 28.7</p> <p>Peso 69 KG</p> <p>Talla 155</p> <p>Datos Subjetivos:</p> <p>Falta de apetito</p> <p>Ganas de vomitar</p> <p>Gases</p> <p>Refiere que al inicio de la enfermedad los alimentos no tienen sabor y sabores desagradables</p> <p>Sentirse satisfecha.</p>	<p>Dominio: 2</p> <p>Clase: 1 Nutrición</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales (00002)</p> <p>Concepto:</p> <p>Definición. Ingesta insuficiente de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas</p> <p>Factores(s) relacionado(s) o</p> <p>Saciedad inmediatamente después de ingerir alimentos</p> <p>Características definitorias:</p> <p>Alteración del sentido del gusto</p> <p>Dolor abdominal</p> <p>Falta de interés en la comida</p> <p>Interés insuficiente por los alimentos</p> <p>Fragilidad capilar</p>	CRITERIOS DE RESULTADO			
		(NOC)			
		Dominio: 2 salud fisiológica	Clase: (K) Digestión y nutrición		
		Criterio de resultado: (1004) Estado nutricional			
				Indicador (es)	Puntuación inicial
			Desviación sustancial del rango normal		
		(100401) Ingesta de nutrientes	2	3	
		(100402) Ingesta de alimentos	2	3	
		(100408) Ingesta de líquidos	2	3	
		(100405) Relación peso talla	2	3	
		1004011) Hidratación	3	5	

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: (1) Fisiológico básico</p> <p>Clase: (D) Apoyo nutricional</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>(1100) Manejo de la nutrición</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad de satisfacer las necesidades nutricionales. 2. Determinar las preferencias alimentarias del paciente 3. Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios, 4. Ajustar la dieta, según sea necesaria 5. Administrar medicamentos antes de comer 6. Ofrecer colaciones ricas en nutrientes. 7. Fomentar técnicas seguras de preparación y preservación de alimentos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar el estado nutricional ideal ocurre cuando hay equivalencia entre los nutrientes necesarios y los consumidos por cada persona. Si la ingesta de cualquiera de ellos es inferior o superior a la recomendada, puede haber daños en el cuerpo, causando diferentes enfermedades que afectan la calidad de vida del paciente. 2. Conforme avanza la edad de las personas, las preferencias hacia los alimentos y las facultades sensoriales van alterándose de forma que tienen que ir adaptándose a nuevas necesidades nutritivas preguntándole a él y a los familiares para aumentar la probabilidad de ingesta nutricional. 3. Las calorías son la cantidad de calor necesaria para elevar la temperatura En nuestro día a día necesitamos un aporte continuo de energía para poder llevar a cabo todas nuestras funciones: para el buen funcionamiento del corazón, del sistema nervioso, para realizar el trabajo muscular. 4. La importancia de una dieta variada reside en que debemos ser capaces de proporcionar a nuestro cuerpo todos esos nutrientes que necesita: vitaminas, proteínas, hidratos de carbono, grasas, hierro, magnesio, etc. 	Criterio de resultado: (1004) Estado nutricional	
		Indicador (es)	Puntuación final
		(100401) Ingesta de nutrientes	3
		(100402) Ingesta de alimentos	3
		(100408) Ingesta de líquidos	3
		(100405) Relación peso talla	3
		1004011) Hidratación	5

	<p>La mejor forma de hacerlo es llevar a cabo una dieta en la que no falten productos sanos. Hay que comer carne, pescado (fresco y en conserva), fruta, verdura, frutos secos,</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Algunos medicamentos deben tomarse con el estómago vacío (1 hora antes de comer o 2 horas después de comer). Algunos medicamentos no pueden tomarse con ciertos tipos de alimentos. La comida puede causar una reacción que cambia el efecto del medicamento. También puede crear o aumentar los efectos secundarios. 6. Las colaciones son una alternativa a la que diariamente recurrimos. Luego del desayuno y después de almuerzo hay momentos en que bien viene algo rico y sano para disfrutar. Por tanto, comer entre comidas es una buena opción cuando hemos elegido los alimentos correctos. 7. Mantener una adecuada limpieza en la preparación de los alimentos ya que esto puede contribuir en el estado de salud del paciente. 		
--	---	--	--

*Se puntuará cada indicador en escala de 1 al 5 ** GPC: Se pueden integrar recomendaciones de las Guía de práctica clínica

DIAGNOSTICOS ENFERMEROS NANDA, NIC, NOC, FUNDAMENTACION.

FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>patrón (es): Actividad/ Reposo</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Insomnio</p> <p>Ansiedad</p> <p>Apnea del sueño</p> <p>Cansancio</p> <p>Datos Subjetivos:</p> <p>Dificultad para quedarse dormido</p> <p>-Despertarse con frecuencia durante la noche</p> <p>-Dificultad para volver a dormir</p> <p>-Despertar demasiado temprano por la mañana</p> <p>-Sensación de sueño no reparador</p> <p>-Somnolencia diurna</p> <p>-Irritabilidad, aumento de la sensibilidad al dolor</p> <p>-Problemas de concentración</p> <p>-Fatiga</p> <p>-Pesadillas</p>	<p>Dominio:4</p> <p>Clase: 1 Sueño</p> <p>Etiqueta diagnóstica:</p> <p>Insomnio (00095)</p> <p>Concepto:</p> <p>Incapacidad para iniciar o mantener el sueño, lo que afecta el funcionamiento</p> <p>Factores relacionados</p> <p>Ansiedad</p> <p>Características definitorias:</p> <p>Ciclo del sueño no reparador</p> <p>Dificultad para conciliar el sueño</p> <p>No sentirse descansado</p> <p>Alteración del afecto</p> <p>Despierta muy temprano</p> <p>Expresa insatisfacción con el sueño</p>	CRITERIOS DE RESULTADO			
		(NOC)			
		Dominio: 1 salud funcional	Clase: 2 (A) Mantenimiento de la energía		
		Criterio de resultado: (0003) Descanso			
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*	
	Sustancial mente comprometido				
(000301) tiempo de descanso	2		3		
(000302) patrón del descanso	2		3		
(000303) calidad del descanso	1		2		
(000304) descansado físicamente	2		3		
(000309) energía recuperada después del descanso	2		3		

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: (1) Fisiológico básico</p> <p>Clase: (F) Facilitación del autocuidado</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>(1850) Mejorar el sueño</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>Determinar el patrón del sueño/ vigilancia del paciente</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Incluir el ciclo regular del sueño / vigilancia del paciente en la planificación del cuidado 2. Explicar la importancia de un sueño adecuado durante la enfermedad, las situaciones de estrés psicosocial. 3. Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño. 4. Enseñar al paciente a controlar el patrón del sueño 5. Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama, Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama 6. Comentar con el paciente y la familia la técnica para favorecer el sueño. 7. Iniciar, llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso. 8. Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño, vigilia del paciente. 	<p>1.Son aquellos. Factores internos que alteran el patrón del sueño (características del paciente, antecedentes, dolor, enfermedad actual). Factores externos (confort, ruido, luz, actividades de enfermería, estresores del entorno), un estado de actividad mental y física reducido, que hace que el sujeto se sienta fresco, rejuvenecido y preparado para continuar con las actividades cotidianas.</p> <p>2 para la evaluación del patrón Sueño/descanso es un sistema que describe la capacidad de cada persona para descansar o relajarse a través de un seguimiento de 24 horas continuas.</p> <p>3. Disminuya la estancia en la cama que solo duerma cuando tenga sueño que realice ejercicio como yoga o se mantenga en meditación</p> <p>4.También están incluidas las percepciones respecto a la cantidad y a la calidad del sueño y del descanso lo mismo que una evaluación Percepción del nivel de energía durante el día. 5. Mantener una rutina para poder dormir como bañarse, leer, velas aromáticas, Disminuir los niveles de ansiedad para facilitar el descanso.</p> <p>6.Tratar de establecer un horario que le favorezca al paciente para poder tener sueño reparador o marcar una rutina exclusiva (como rezar, o leer un libro).</p>	<p>Criterio de resultado: (0003) Descanso</p>	
<p>Indicador (es)</p> <p>(000301) Tiempo de descanso</p> <p>(000302) patrón del descanso</p> <p>(000303) calidad del descanso</p> <p>(000304) descansado físicamente</p> <p>(000309) energía recuperada después del descanso</p>	<p>Puntuación final</p> <p style="text-align: center;">3</p> <p style="text-align: center;">3</p> <p style="text-align: center;">3</p> <p style="text-align: center;">4</p> <p style="text-align: center;">3</p>		

*Se puntuará cada indicador en escala de 1 al 5

** GPC: Se pueden integrar recomendaciones de las Guía de práctica clínica

DIAGNOSTICOS ENFERMEROS NANDA, NIC, NOC, FUNDAMENTACION.

FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es): ESTREÑIMIENTO</p> <p>Datos objetivos: Refiere problemas para evacuar con ligero dolor, evacua solo una vez al día</p> <p>Datos subjetivos: Indica dificultad en la evacuación de las heces, o heces de poco volumen, o demasiado duras</p>	<p>Dominio: 3</p> <p>Clase: 2</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Estreñimiento (00011)</p> <p>Concepto: evacuación difícil o infrecuente de heces</p> <p>Factores relacionados: Ingesta insuficiente de liquido</p> <p>Características definitorias: Heces duras Evacuar menos de tres deposiciones a la semana Sensación de evacuación incompleta</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio: II Salud fisiológica		Clase: 2	
		Criterio de resultado: (F) ELIMINACION INTESTINAL			
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*	
		(050101) Patrón de eliminación control de movimientos intestinal	SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO 2 2	LEVEMENTE COMPROMETIDO 3 4 4 4	
(050104) Cantidad de las heces en relación con la dieta	2 2	4 4			
(050119) tono muscular para la evacuación fecal	2	4			
(050129) ruidos abdominales					

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 1 Fisiológico Básico</p> <p>Clase: Control de la eliminación</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>(04040) entrenamiento intestinal</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Planificar un programa intestinal personalizado con el paciente y demás personas relacionadas 2. Instruir al paciente acerca de alimentos de alto contenido en fibra 3. Proporcionar alimentos ricos en fibra y o que hayan sido identificados por el paciente como medio de ayuda 4. Asegurar una ingesta adecuada de líquidos 	<p>1.- Educar al paciente es importante de la prevención y manejo del estreñimiento es asegurarse de que la persona tiene un buen conocimiento de qué factores aumentan su riesgo y qué puede hacerse para minimizar el mismo.</p> <p>2.- Dieta e ingestión de líquidos La dieta juega un papel importante en el desarrollo del estreñimiento.</p> <p>3.- si se aumenta la fibra dietética, puede ser necesario aumentar también la ingestión de líquidos para prevenir la impactación fecal; y si las opciones de comida rica en fibra no son adecuadas el Suplemento de Ciruela puede ser beneficioso</p> <p>4.- Asegurarse de ingerir una cantidad de líquidos adecuada cada día, por ejemplo 6 - 8 bebidas cada día, y la opinión de expertos sugiere que los líquidos claros son mejores que el café o el te.</p>	<p>Criterio de resultado: (F) ELIMINACION INTESTINAL</p>	
<p>Indicador (es)</p> <p>(050101)</p> <p>Patrón de eliminación control de movimientos intestinal</p> <p>(050104) Cantidad de las heces en relación con la dieta</p> <p>(050119) tono muscular para la evacuación fecal</p> <p>(050129) ruidos abdominales</p>	<p>Puntuación final</p> <p>LEVEMENTE COMPROMETIDO</p> <p style="text-align: center;">3</p> <p style="text-align: center;">4</p> <p style="text-align: center;">4</p> <p style="text-align: center;">4</p> <p style="text-align: center;">4</p>		

Se puntuará cada indicador en escala de 1 al 5 ** GPC: Se pueden integrar recomendaciones de las Guía de práctica clínica

DIAGNOSTICOS ENFERMEROS NANDA, NIC, NOC, FUNDAMENTACION.

FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es): Afrontamiento tolerancia al estrés</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Insomnio</p> <p>Ansiedad</p> <p>Apnea del sueño</p> <p>Cansancio</p> <p>Datos Subjetivos</p> <p>Refiere sentirse ansiosa ante la necesidad de dormir</p>	<p>Dominio: 1</p> <p>Clase: 2</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Ansiedad (00146)</p> <p>Concepto: sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica.</p> <p>Factores relacionados:</p> <p>Insomnio</p> <p>Preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales</p> <p>Características definitorias:</p> <p>Conflicto sobre los objetivos vitales</p> <p>Amenaza de muerte</p>	CRITERIOS DE RESULTADO(NOC)			
		Dominio: IV Conocimiento y conductas de salud		Clase: S Conocimiento sobre la salud	
		Criterio de resultado: 1862 Conocimiento proceso de la enfermedad			
		Indicador (es)	Puntuación inicial	Puntuación Diana*	
		180302 características de la enfermedad	Conocimiento sustancial 4	Conocimiento sustancial 4	
180305 efectos fisiológicos de la enfermedad	moderado 3	moderado 3			
180310 signos y síntomas de las complicaciones de la enfermedad	moderado 3	moderado 3			
180313 efecto psicosocial de la enfermedad sobre uno mismo	moderado 3	moderado 3			
180315 beneficios del control de la enfermedad	3	3			

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: I Fisiológico básico</p> <p>Clase: E Fomento de la conducta física</p> <p>INTERVENCION: 6482 Manejo ambiental: confort</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar los objetivos del paciente y de la familia y la comodidad optima 2. Preparar la transición del paciente 3. Proporcionar una habitación individual 4. Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo 5. Crear un ambiente tranquilo y de apoyo 6. Ofrecer recursos educativos relevantes y útiles respecto a su enfermedad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Procurar que la familia este de acuerdo a los cambios de adaptación de la paciente 2. Mantener un ambiente seguro y libre de obstáculos para darle la bienvenida al paciente 3. Mantener un ambiente libre de ruidos o de estresores para el paciente 4. Mantener horarios de visitas para que el paciente tenga más horas de sueño y esto evite insomnio o ansiedad por las pocas horas de descanso 5. Procurar que las cosas estén al alcance como baño o artículos personales del paciente 6. Educar al familiar sobre el padecimiento y los cambios que esta ocasionara en el mismo 	<p>Criterio de resultado:</p> <p>1862 conocimiento proceso de la enfermedad</p>	
		<p>Indicador (es)</p> <p>180302 características de la enfermedad</p> <p>180305 efectos fisiológicos de la enfermedad</p> <p>180310 signos y síntomas de las complicaciones de la enfermedad</p> <p>180313 efecto psicosocial de la enfermedad sobre uno mismo</p> <p>180315 beneficios del control de la enfermedad</p>	<p>Puntuación final</p> <p>Conocimiento sustancial 4 moderado</p> <p>3</p> <p>moderado</p> <p>3</p> <p>moderado</p> <p>3</p> <p>Moderado</p> <p>3</p>

*Se puntuará cada indicador en escala de 1 al 5

** GPC: Se pueden integrar recomendaciones de las Guía de práctica clínica

DIAGNOSTICOS ENFERMEROS NANDA, NIC, NOC, FUNDAMENTACION.

FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>patrón (es):</p> <p>Patrón Respiratorio ineficaz (00032)</p> <p>Datos objetivos: Ansiedad al quedarse dormida y no despertar</p> <p>Temor al saber que sus problemas ya es crónico y que su vida cambio a causa de las secuelas. Estrés al no poder sobrellevarlo y sentir siempre dolor al levantarse o a los cambios bruscos de temperatura dolor torácico del lóbulo izquierdo Intolerancia a la actividad y sobre todo tos crónica.</p> <p>Datos Subjetivos:</p> <p>Disnea</p> <p>Disminución de la saturación de oxígeno</p> <p>Taquipnea</p> <p>Estertores</p> <p>Frecuencia respiratoria</p> <p>Profundidad de la respiración</p> <p>Ritmo respiratorio</p> <p>Capacidad vital</p>	<p>Dominio: 4 Actividad reposo</p> <p>Clase: 4 Patrón respiratorio</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Patrón respiratorio ineficaz</p> <p>Factores relacionados</p> <p>Fatiga,</p> <p>Posición corporal que inhibe la expansión pulmonar</p> <p>Características definitorias:</p> <p>Disminución de la capacidad vital</p> <p>Disnea</p> <p>Respiración con los labios fruncidos</p> <p>Diaforesis</p>	CRITERIOS DE RESULTADO			
		(NOC)			
		Dominio: 2 salud fisiológica	Clase: (E) Cardiopulmonar		
		Criterio de resultado: (0414) Estado cardiopulmonar			
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*	
Intolerancia a la actividad (01414)	Sustancial (2)	Moderado			
Respiración con labios fruncidos (01421)	Sustancial (2)	2			
Disnea en reposo (041424)	moderado (3)	2			
Pérdida de peso (041430)	moderado (3)	3			
Diaforesis (041431)	moderado (3)	3			

INTERVENCIONE (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: II Fisiológico complejo</p> <p>Clase: II Fisiológico complejo</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>(3230) Fisioterapia torácica</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboración una historia clínica detallada del paciente para planificar los cuidados preventivos y actuales y futuros. 2. Evaluar los cambios del estado respiratorio y cardiaco. 3. Evaluar todos los episodios de dolor torácico del hombro o de espalda o pleurítico 4. Ayuda con pruebas diagnósticas y evaluaciones para descartar afecciones de signos y síntomas similares 5. Instruir al paciente al familiar sobre los procedimientos diagnósticos 6. Auscultar los sonidos pulmonares para ver si hay crepitaciones u otros sonidos adventicios 7. Observar si hay síntomas de insuficiencia respiratoria 8. Elevar cualquier extremidad con sospecha d estar afectada 20º o más por encima del nivel del corazón para mejorar el retorno venoso. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La cual nos ayudara para realizar un plan de trabajo conforme a las necesidades del paciente. 2. Colocarlo en posición semi fowler ayuda a la expansión pulmonar ayuda a una mejor respiración u disminuye el cansancio. 3. Identificar los episodios de dolor torácico opresivo irradiado, ante un dolor torácico repentino, intenso y de elevada intensidad siempre lo mejor es acudir a urgencias para una valoración clínica y descartar causas potencialmente graves como infartos. 4. Mantener un adecuado control médico y realización de estudios de gabinete por lo menos una vez al mes. 5. Facilitar al familiar una adecuada explicación sobre procedimientos y tratamientos médicos ya que así se mantendrán al tanto sobre la salud de su paciente. 6. Permite observar cambios principales en el funcionamiento de aparato respiratorio. 7. Sistema respiratorio no logra transportar una cantidad de oxígeno a la sangre o cuando los pulmones no eliminan una determinada cantidad de dióxido de carbono de ella. La insuficiencia respiratoria puede ser aguda o crónica. Es aguda si aparece y tiene una duración limitada (máximo una hora). Es crónica si se manifiesta y desarrolla en varios días. <p>Facilitaría el flujo venoso hacia el corazón por un simple mecanismo físico de diferencia de presión. No obstante, el sistema venoso está diseñado para facilitar el drenaje tisular, la termorregulación y la reserva hemodinámica con independencia de la postura y de la actividad muscular del individuo</p>	<p>Criterio de resultado: (0414) Estado cardiopulmonar</p>	
		<p>Indicador (es)</p> <p>Intolerancia a la actividad (01414)</p> <p>Respiración con labios fruncidos (01421)</p> <p>Disnea en reposo (041424)</p> <p>Pérdida de peso (041430)</p> <p>Diaforesis (041431)</p>	<p>Puntuación final</p> <p>Moderado</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p>

VI. PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA

NOMBRE DEL (A) PACIENTE: Ma I M XX

EDAD: 69

SEXO Femenino

DIAGNÓSTICO(S) MÉDICO:

FECHA DE ELABORACIÓN: 27 de Julio 2021

ASPECTO A DESARROLLAR	RECOMENDACIONES
COMUNICACIÓN	En caso de una situación de emergencia acudir al servicio IMSS o más cercano
URGENTE (Identificación de signos de alarma o recaída)	Se debe de estar alerta a cualquier manifestación se signó de alarma como elevación de la presión arterial, taquicardia, bradicardia o síntoma respiratorio. Estar alerta de signos y síntomas de alguna crisis de ansiedad. Siempre llevar consigo su credencial de elector carnet del seguro social o algún documento para poder recibir atención oportuna. Mantener a la mano el teléfono celular.
INFORMACIÓN (Conocimiento de su enfermedad y medidas de control)	Manifiestarle los parámetros normas que debe de manejar para evitar alguna crisis o descompensación siempre estando en comunicación con médico tratante.
DIETA (Información relativa a la nutrición)	Mantener una dieta baja en sodio libre de grasas saturadas 10% de la ingesta calórica, tomar la suficiente cantidad de agua al menos 1 litros al día.
AMBIENTE (Recomendaciones de mejora del entorno familiar, laboral y social)	Mantener una habitación adecuada en planta baja de la casa donde cuente con ventilación, cerca de

	<p>la habitación un baño y evitar subir escaleras ni cargar cosas pesadas o ejercicio que le requiera un desgaste de energía y siempre contar con un familiar cercano.</p> <p>Favorecer un ambiente tranquilo a la hora de dormir, manejo de técnicas de relajación previo a dormir.</p>
<p>RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE (Prácticas recreativas saludables)</p>	<p>Es importante tener en cuenta la socialización a través de salidas, paseos, recibir y hacer visitas, siempre y cuando esto no interfiera o constituya un riesgo para la persona.</p>
<p>MEDICAMENTO Y TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO</p>	<p>Transcribir con letra clara la fórmula médica y discutir el horario más adecuado para la persona teniendo en cuenta su ritmo de vida y las características de los medicamentos, por ejemplo, que algunos no deben administrarse en forma simultánea con otros, que las comidas pueden interferir con la absorción de unos de ellos y, en cambio, para otros se recomienda la administración con los alimentos, que las reacciones adversas de unos cuantos pueden interferir con algunas actividades cotidianas, entre otros aspectos a considerar.</p>
<p>ESPIRITUALIDAD (Orientarlo hacia personas, grupos o instituciones que le puedan ser de ayuda en este aspecto)</p>	<p>Mantener su estabilidad emocional conservando sus creencias, manteniéndose en contacto con las personas que ella se sienta comfortable.</p>

VII. CONCLUSIONES

La presente investigación sirve para reforzar conocimientos acerca de las Complicaciones para el manejo del paciente con secuelas por SARS-COV2, lo cual me dio a conocer el desarrollo de las secuelas asociadas a este nuevo virus, aplicando una intervención adecuada y oportuna en el padecimiento del caso clínico antes mencionado, nos demuestra que un plan de cuidado adecuado, nos ayudara en la mejoría del estado de salud del paciente y su evolución ante este padecimiento, y al de desarrollo de nuevas estrategias que ayuden a la prevención y tratamiento de los de riesgos y sobre todo a las complicaciones en personas con este diagnóstico.

Llegó a la conclusión de que tenemos que cambiar nuestros hábitos y costumbres para poder adaptarnos a una nueva normalidad y seguir los lineamientos establecidos ante esta situación y con estos resultados obtenidos en estudios futuros se podrían abordar las nuevas variantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alligood, M. R. (2015). Modelos y teorías en enfermería . Barcelona, España: GEA Consultoria Editorial, S.L.

Alvarado, D. L. (06 de Octubre de 2016). Recuperado el Agosto de 2021, de Patrones de Marjory Gordon:
<http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/67973>

Atkison L, M. M. (1999). Proceso de atención de enfermería. Mexico: McGraw-Hill Interamericana.

C, G.-M. C. (2001). Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero. Madrid: Harcourt.

Colliere-MF. (2003). Promover la vida. México: McGraw-Hill.

D., B. M. (2012). Scielo. (F. d. Enfermería, Ed.) Recuperado el 25 de Julio de 2021, de Desarrollo teórico de enfermería:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009

Ruiz García Martha, V. S. (7 de Agosto de 2017). *Proceso de enfermería* . Recuperado el Agosto de 2021, de Medigraphic:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2018/wax1818e.pdf>

(NEUMONIA POR NUEVO CORANOVIRUS (2019), 2020)

(Savannah, 2007)

(epidemiología covid 19, 2020)

(director general de la OMS en la rueda de prensa sobre la covid 19, 2020)

(reporte oficial de COVID19 bolivia, 2020)

(covid 19 secuelas, 2020)

(D, 2012 la habana) (kickbusch, 2001)

D, B. M. (2012 la habana). desarrollo teorico de enfermeria . scielo.

e, m. e. (9 de julio de 2013). aplicacion del modelo de dorothea orem . Obtenido de
<http://dx.org/doi.org/10.432/s113498x2013000400005>

Graaf K, F. N. (1989). Enfermeria Moderna. Barcelona, España.

kickbusch, o.-b. m. (28 de abril de 2001). sars_cov 2 . Obtenido de
[http://doi.org/10.10167/so140_6736\(21\)00978_](http://doi.org/10.10167/so140_6736(21)00978_)

m, p. a. (9 de julio de 2011 2014). explorando la teoria general de enfermeria de
orem enf neurol mex. Obtenido de medigraphic.com:
[http://new.medigraphic.com/cgi-/contenido.cgi? de
revista=221&dipublicacion=3438](http://new.medigraphic.com/cgi-/contenido.cgi? de revista=221&dipublicacion=3438)

Marriner Tomey A, R. A. (2008). Modelos y Teorias de enfermería. España:
Esleber MOSBY.

NL, B. F. (2006). Fundamentos de Enfermería. Libros de Autores Cubanos.

proceso de atencion de enfermeria pdf. (02/ 2020).
<https://www.hospitalneuquen.org.ar/>.

Savannah. (22 de junio de 2007). Organización Mundial de la Salud. Reporte de la
misión conjunta de la OMS y China sobre la enfermedad por coronavirus
2019 (COVID-19), 16 al 24 de febrero de 2020.

Disponible en: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-
jointmission-on-covid-19-final-report.pdf](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-jointmission-on-covid-19-final-report.pdf).

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: COVID-19, complicaciones y secuelas. 12 de agosto de 2020, Washington, D.C. OPS/OMS. 2020 (salud, 2020)

Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) Gloria M. Bulechek Howard K. Bbutcher Joanne M. Dochterman, Cheryl M. Wagner. Sexta edición. Clasificación de Resultados en Enfermería (Moorhead, 2014) (T. Heather Herdman, 2018-2020) NOC) Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean L Maas, Elizabeth Swanson. Quinta edición. Diagnósticos Enfermeros 2018- 2020 T Heather Herdaman, PhD, RN, FNI Y Shigemi Kamits (M, 2014) uru, PhD, RN, FNI. Undécima edición.

GLOSARIO DE TERMINOS

Coronavirus: Es un tipo de virus común que causa enfermedades respiratorias, hay muchas variedades de coronavirus.

SARS-CoV-2: Es el nombre técnico del nuevo coronavirus, que pertenece a la misma familia que el virus que causa el SARS o síndrome respiratorio agudo severo.

COVID-19: El nombre de la enfermedad causada por el nuevo coronavirus.

Los síntomas incluyen fiebre, tos y falta de aliento.

Epidemiólogo: Experto en salud pública que estudia la propagación, los patrones, el control y la distribución de enfermedades en la población.

PUI: Las personas bajo investigación —PUI por sus siglas en inglés— son aquellas con síntomas de COVID-19 o posible exposición al virus que están siendo evaluadas por las autoridades de salud pública. Las PUI pueden tener o bien un resultado positivo en la prueba —lo que generalmente llevaría a la cuarentena o al aislamiento— o un resultado negativo.

Cuarentena: Se utiliza para separar a las personas sanas que han estado expuestas a una enfermedad de la población en general, generalmente durante el período de incubación del virus. Para el nuevo coronavirus, este período suele ser de 14 días dado que es el período de incubación más largo observado para coronavirus similares. Si la persona no se enferma durante el período de cuarentena, es probable que sea seguro reanudar sus actividades regulares. La cuarentena puede ser autoimpuesta o puede ser ordenada por el gobierno.

Aislamiento: Las personas que enferman de COVID-19 están aisladas de las que están sanas. Esto suele suceder, por ejemplo, en un hospital, donde un equipo especializado hace que sea más fácil contener la propagación de una enfermedad

contagiosa. Una vez que una persona se libera del aislamiento, no representa un riesgo de infección para los demás.

Rastreo de contactos: Se trata de un método para rastrear y contener la propagación de enfermedades infecciosas. Cuando una persona se identifica con una infección contagiosa, los funcionarios de salud pública le piden a la persona que genere una lista de sus contactos preguntando sobre las actividades recientes y las relaciones de la persona con aquellos con quienes ha estado en contacto durante el período de incubación de la enfermedad.

Distanciamiento social: Podría decirse que es la medida más importante para contener la propagación de un virus, especialmente cuando ha superado el rastreo de contacto. El distanciamiento social implica mantener intencionalmente la distancia de los demás para reducir la probabilidad de propagación de la enfermedad. Esto incluye evitar lugares públicos o de reunión como gimnasios, bares y restaurantes, y quedarse en casa tanto como sea posible.

Período de incubación: Hace referencia al tiempo transcurrido entre la exposición a un virus y la aparición de los primeros síntomas. El período de incubación del nuevo coronavirus, aunque aún se desconoce con total exactitud, se estima entre 2 y 14 días y los síntomas generalmente aparecen unos 5 días después de la exposición.

Transmisión comunitaria: Se habla de transmisión comunitaria cuando se detecta un virus en una persona, pero no sabe cómo lo contrajo. En el caso del nuevo coronavirus, la transmisión comunitaria se comenzó a detectar cuando varias personas dieron positivo y tenían en común el haber viajado recientemente a China u otras áreas donde el virus se estaba propagando, o bien habían tenido contacto con personas que habían estado expuestas. Esto generalmente significa que el virus se ha propagado en la comunidad sin ser detectado por un tiempo.

Transmisión directa / indirecta: La transmisión por contacto directo ocurre cuando hay contacto físico entre una persona infectada y una persona susceptible.

La transmisión indirecta ocurre cuando los gérmenes se propagan a través del contacto con superficies u objetos contaminados, como manijas de puertas o grifos. El COVID-19, que es una enfermedad respiratoria, se transmite por ambas vías.

Tasa de mortalidad: Es el porcentaje de personas que mueren de una enfermedad. Durante un brote de un virus nuevo, la tasa de mortalidad puede fluctuar inicialmente debido a la dificultad para rastrear casos, particularmente aquellos que son menos severos. Para el nuevo coronavirus, la tasa de mortalidad global se estima en 3.4%. Sin embargo, es probable que la tasa de mortalidad real del virus sea menor, a medida que las pruebas mejoren y se tenga en cuenta la cantidad de casos leves y asintomáticos. La tasa de mortalidad por coronavirus también puede variar según la edad, en adultos mayores y aquellos con afecciones de salud subyacentes con un riesgo mucho mayor de muerte, y según la ubicación geográfica.

Grupo de alto riesgo: Son aquellas personas con un riesgo elevado de enfermedad grave que puede llegar a provocar la muerte si llegan a resultar infectadas. En el caso del COVID-19, se considera grupo de alto riesgo a aquellas personas mayores de 60 años, cualquier persona con afecciones médicas crónicas graves como enfermedades cardíacas, diabetes o afecciones pulmonares y aquellas personas con sistemas inmunes debilitados.

Precauciones universales: Desarrolladas en la década de 1980 en respuesta a la propagación del VIH, las precauciones universales son aquellos pasos dados por el personal médico para prevenir la propagación de la infección, tratando todos los fluidos corporales como si fueran potencialmente infecciosos. Las precauciones, que incluyen el uso de guantes y máscaras al tratar a los pacientes, son universales porque se aplican a todos, incluso a aquellos sin una infección conocida.

Epidemia: Hablamos de epidemia cuando hay un aumento en la prevalencia de una enfermedad en una comunidad, generalmente de forma repentina.

Pandemia: Una pandemia se declara cuando una enfermedad se está extendiendo amplia y simultáneamente en múltiples áreas geográficas en todo el mundo. No tiene nada que ver con la gravedad de la enfermedad. La declaración de la OMS de una nueva pandemia de coronavirus fue inevitable, en opinión de muchos expertos. El COVID-19 se había extendido a 114 países, con 118,000 infecciones y casi 4,300 muertes a partir de la declaración de la pandemia.

Kits de pruebas: El kit de pruebas es un conjunto de reactivos químicos que permiten un cierto número de "reacciones", de las cuales cada una equivale a una sola prueba de la muestra. Actualmente, se están utilizando para evaluar a un paciente que muestra síntomas de haber estado expuesto a la enfermedad. Las pruebas tardan solo unas horas en ejecutarse, por lo que los resultados podrían estar disponibles en un día. Asimismo, se están desarrollando pruebas más rápidas que harán que los resultados estén disponibles casi de inmediato.

PCR: Es el tipo de prueba de coronavirus desarrollado por los CDC es una prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR), en la que se extrae material genético de una muestra y se compara con los genes encontrados en el SARS-CoV-2, el virus que causa COVID-19.

Reactivo: Es una sustancia o compuesto agregado a una mezcla para ver si ocurre una reacción. En las nuevas pruebas de coronavirus creadas inicialmente por los CDC, un reactivo defectuoso o contaminado utilizado como parte de la prueba de control negativo generó preocupación en cuanto a la precisión de las pruebas positivas y las pruebas de masa retrasadas.

Espuito: Saliva y mucosidad del tracto respiratorio que se pueden recolectar para la prueba, generalmente con un hisopo con una punta Q larga.

Organizaciones:

OMS: Organización Mundial de la Salud, con sede en Ginebra, Suiza. La OMS dirige la respuesta internacional a las amenazas mundiales para la salud.

CDC: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Un CDC está a cargo de la respuesta nacional a los brotes de enfermedades infecciosas y comparte información con la OMS y los departamentos de salud estatales y locales. Los CDC desarrollan orientación sobre cuarentena, aislamiento, viajes y otros asuntos relacionados y los distribuye a los departamentos de salud estatales.

ANEXOS

Anexo 1 Tabla de valoración

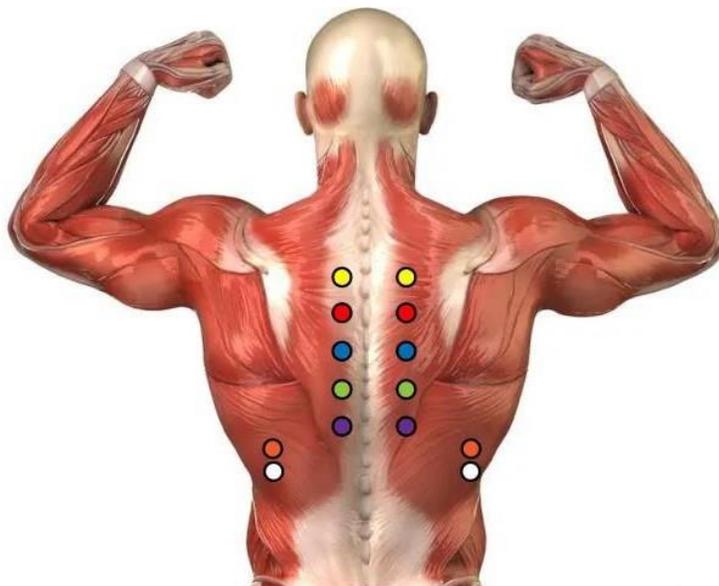
Auscultación

Debe realizarse con el estetoscopio, utilizando la siguiente secuencia:

DESCRIPCIÓN	
- Por fuera del esternocleidomastoideo supraclavicular	●
- Bajo la línea media de la clavícula	●
- Lóbulo superior derecho e izquierdo	●
- Sobre el lóbulo medio derecho y sobre el lóbulo superior izquierdo	●
- Inmediatamente debajo de la línea mamilar en el 7º EL C (lóbulos inferiores)	●
- Lateral al lóbulo basal en la línea anterior axilar	○

<https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-4-atencion-de-enfermeria-a-pacientes-con-afecciones-del-aparato-respiratorio/> 18 abril, 2018 por enfermeriacelayane

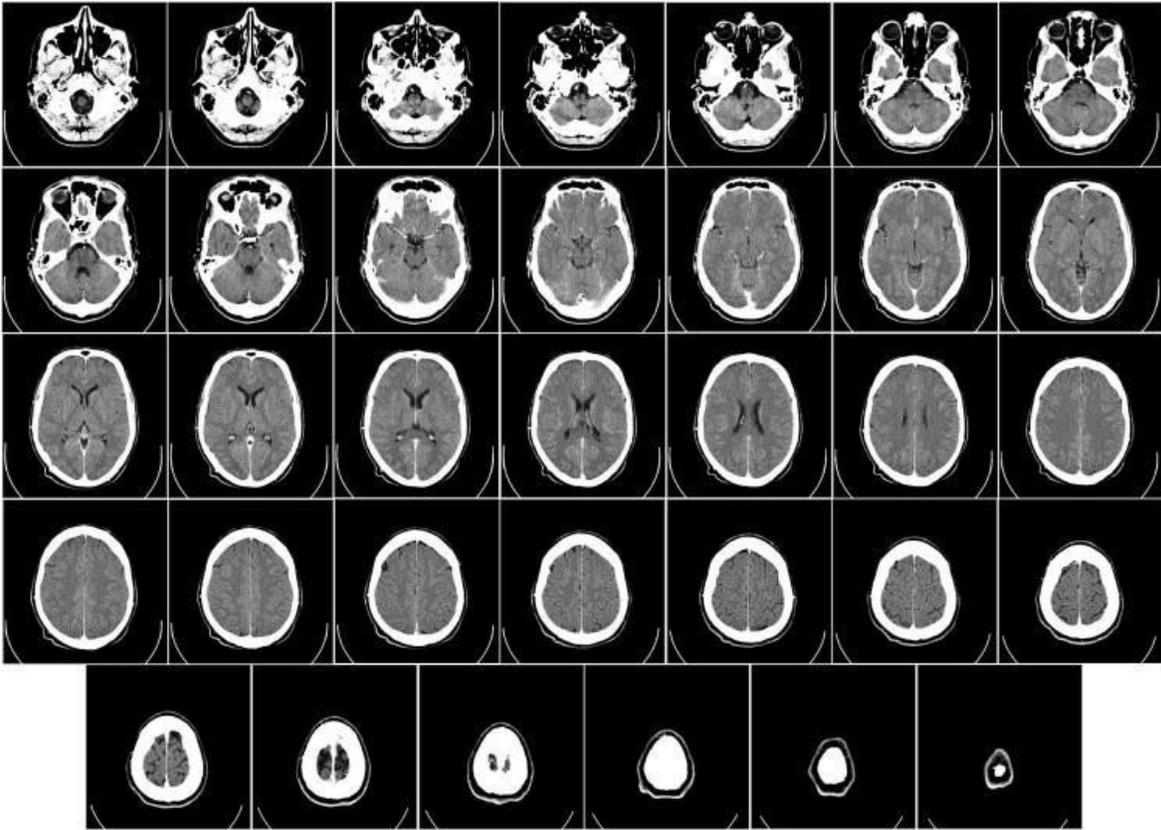
Anexo 2: Auscultación posterior



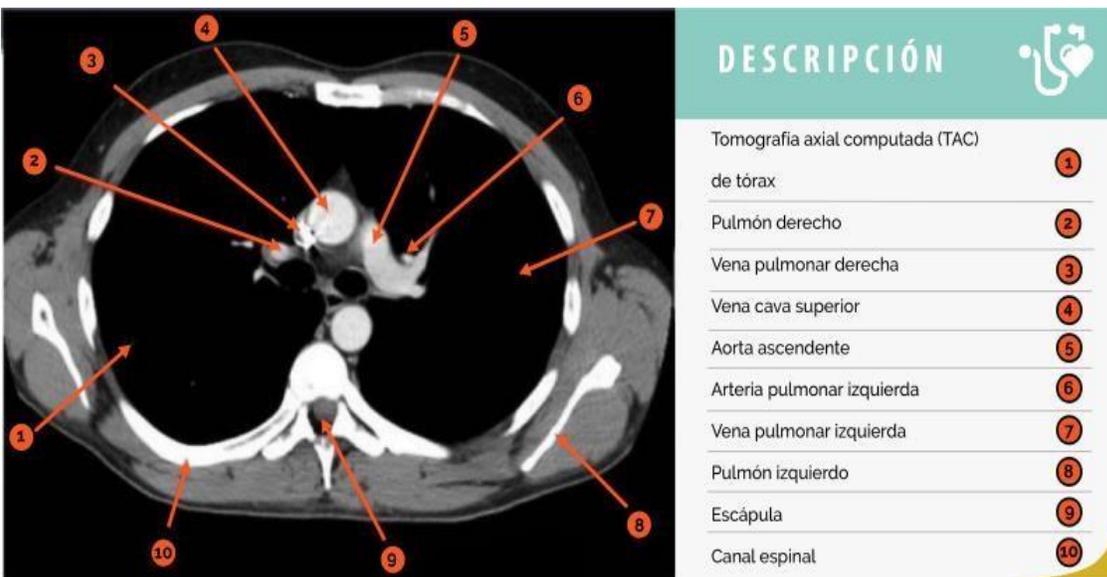
DESCRIPCIÓN	
- Al lado de T1	●
- Entre T2 y T3	●
- A nivel de T4	●
- T5 y T6 (basal)	●
- T7	●
- A nivel de T8 por lateral	●
- A nivel de T9 por lateral	○

<https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-4-atencion-de-enfermeria-a-pacientes-con-afecciones-del-aparato-respiratorio/> 18 abril, 2018 por enfermeria celayane

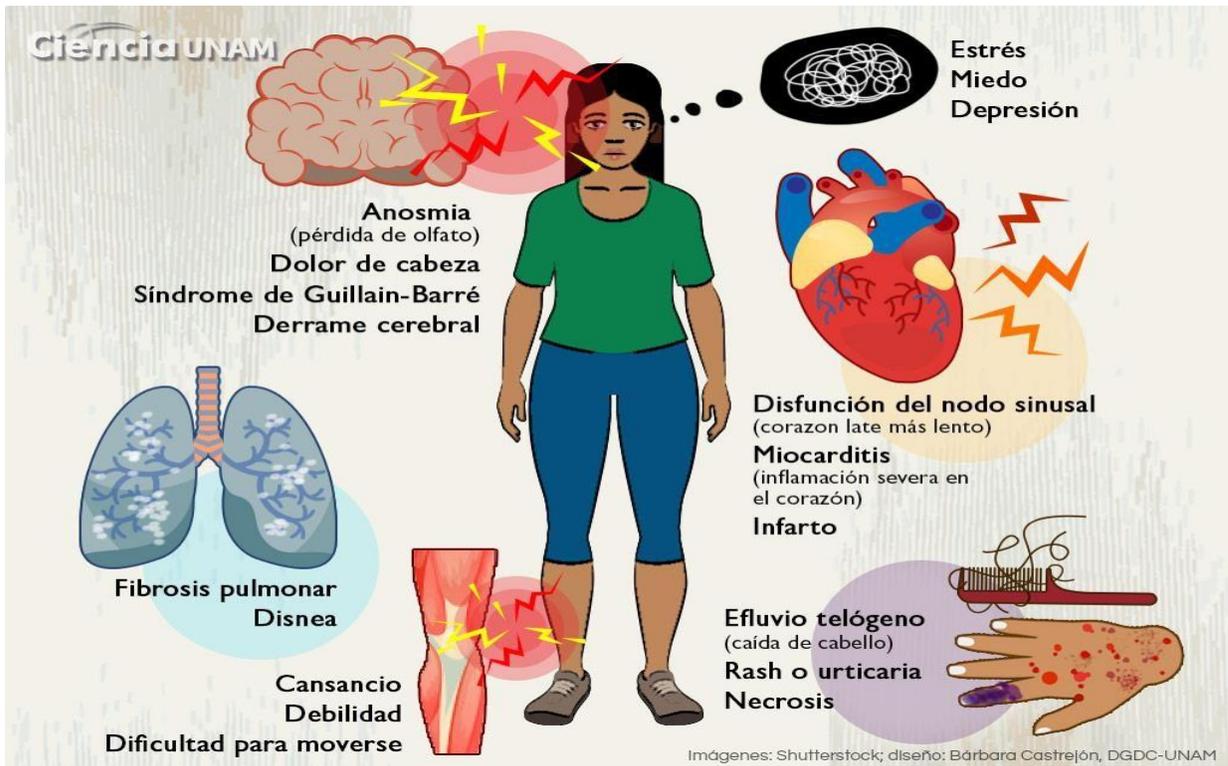
Anexo 3 Tomografía Computarizada



<https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-4-atencion-de-enfermeria-a-pacientes-con-afecciones-del-aparato-respiratorio/> 18 abril, 2018 por enfermeriacelayane



Anexo 4. Secuelas



Fuente de la web <http://ciencia.unam.mx/leer/1091/despues-del-coronavirus-las-inquietantes-secuelas-de-la-covid-19>

Anexo 5. secuelas por COVID 19

Página web photo.phpfbid=22465810721



ANEXO 6. valores normales del PCR Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo

versión impresa ISSN 1690-3110 Rev. Venez. Endocrinol. Metab. v.9 n.3 Mérida dic. 2011

Tabla III. Proporciones de rango de las variables en estudio

Variables	IMC		Sobrepeso/Obesidad	
	OR	Rango	OR	Rango
PCR	0,70	(0,21-2,36)	1,21	(0,72-2,02)
CT	0,46	(0,13-1,66)	1,41	(0,95-2,08)
e-HDL	1,19	(0,63-2,25)	0,90	(0,60-1,40)
†e-LDL	0,49	(0,24-0,99)	1,55	(1,03-2,34)
TG	0,88	(0,45-1,58)	1,17	(0,73-1,72)
CT/e-HDL	0,54	(0,24-1,23)	1,40	(0,96-2,05)
e-LDL/e-HDL	1,23	(0,62-2,46)	0,87	(0,50-1,49)

† OR= 1,402 p=0,00, n=81 para perfil lipídico, n=54 para PCR

Anexo 7 PCR Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo

versión impresa ISSN 1690-3110 Rev. Venez. Endocrinol. Metab. v.9 n.3 Mérida dic. 2011



Anexo 8. Escala de Glasgow

Artículo fuente <https://es.slideshare.net/>

ESCALA DE GLASGOW

SIGNO	EVALUACION	PUNTUACION
 Ojos abiertos	Nunca	1
	Al dolor	2
	A la voz	3
	Espontánea	4
 Mejor respuesta verbal	Ninguna	1
	Mascullada	2
	Inapropiada	3
	Confusa	4
	Orientada	5
 Mejor respuesta motora	Ninguna	1
	Extensión	2
	Flexión anormal	3
	Retirada	4
	Localización del dolor	5
	Obedece órdenes	6

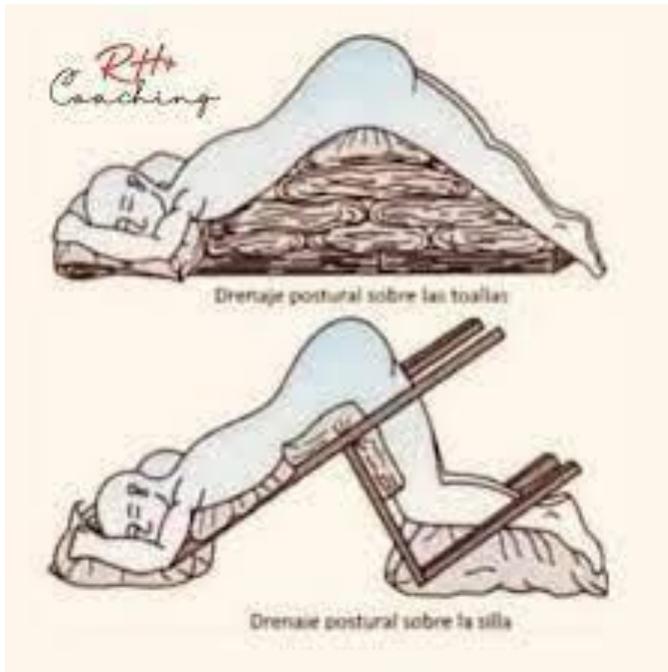
Anexo 9. medicamentos de paciente con COVID 19

Fármaco	Dosis	Frecuencia	Vía de Administración	Fecha inicio	Fecha término	Motivo prescripción
Fármaco Sospechoso						
Hidroxiclolorquina	200mg	2 veces/día	VO	28/03/2020	01/04/2020	COVID-19
Fármacos Concomitantes						
Omeprazol	20mg	1 vez/día	VO	29/03/2020	Continúa	Profilaxis úlceras por estrés
Paracetamol	1 g	3 veces/día	VO	29/03/2020	Continúa	Analgesia
Prednisona	5 mg	1 vez/día	VO	29/03/2020	Continúa	Artritis reumatoidea
Sulfametoxazol/ Trimetoprim	2.400 mg	semanal	VO	29/03/2020	Continúa	Profilaxis
Enoxaparina	40 mg	1 vez/día	SC	29/03/2020	Continúa	Tromboprofilaxis
Azitromicina	500 mg	1 vez/día	IV	28/03/2020	30/03/2020	NAC
Ceftriaxona	2 g	1 vez/día	IV	28/03/2020	30/03/2020	NAC
Bisoprolol	1,25 mg	2 veces/día	VO	29/03/2020	Continúa	Hipertensión arterial

VO: vía oral SC: subcutánea IV: intravenosa

Fuente artículo de internet <https://www.medintensiva.org/es-tratamiento-farmacologico-covid-19-revision-narrativa-articulo-S0210569120302473>

Anexo 10. Tipo de posiciones en pacientes COVID 19



Fuente artículo de la web <https://dudasensalud.com/protocolo-covid-19/>

