



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

“CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PACIENTES CON COVID -19 SIN COMPLICACIONES RESPIRATORIAS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL-2021”

Trabajo de Grado previo a la obtención del título de Licenciatura en Enfermería

AUTORA: Guerrero Néjer Grace Evelin

DIRECTORA: Dra. Adela Janet Vaca Auz

IBARRA - ECUADOR

2021

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

En calidad de Directora de la tesis de grado titulada “CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PACIENTES CON COVID -19 SIN COMPLICACIONES RESPIRATORIAS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL-2021” de autoría de GUERRERO NÉJER GRACE EVELIN, para obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 25 días del mes de octubre de 2021.

Lo certifico:

Firma.....

Dra. Adela Janet Vaca Auz

C.C: 100158284-8

DIRECTORA DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	040183337-1		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Guerrero Néjer Grace Evelin		
DIRECCIÓN:	Barrio "El Olivo" Calle, José María Córdova		
EMAIL:	graceguerrero96@gmail.com		
TELÉFONO FIJO:	SN	TELÉFONO MÓVIL:	0982365630
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	"Cumplimiento del protocolo de atención en pacientes con COVID -19 sin complicaciones respiratorias en el personal de enfermería del Hospital General San Vicente de paúl-2021"		
AUTOR (ES):	Guerrero Néjer Grace Evelin		
FECHA:	04 de noviembre del 2021		

SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
TITULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Enfermería
ASESOR /DIRECTOR:	Dra. Adela Janet Vaca Auz

2. CONSTANCIAS

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 04 días del mes de noviembre de 2021.

LA AUTORA

Firma

A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized initials and a surname, written over a horizontal line.

Grace Evelin Guerrero Néjer

C.C.: 040183337-1

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCS-UTN

Fecha: Ibarra, 04 de noviembre del 2021

GRACE EVELIN GUERRERO NÉJER, “CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 SIN COMPLICACIONES RESPIRATORIAS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL SAN VICENTE DE PAÚL-2021” TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte - Ibarra, 2021.

DIRECTORA: Dra. C. Adela Janet Vaca Auz

El principal objetivo de la presente investigación fue, Analizar el cumplimiento del protocolo de atención al paciente adulto con COVID-19 sin complicaciones respiratorias por el personal de enfermería en los servicios de Emergencia, Triage /Respiratorio, Medicina Interna, del Hospital General San Vicente de Paúl – 2021. Entre los objetivos específicos se encuentran:

- Caracterizar a la población en estudio de acuerdo a variables sociolaborales.
- Valorar el nivel de conocimiento y la aplicación de las intervenciones de enfermería aplicados en la práctica asistencial en relación con el protocolo de Atención en adultos con COVID-19 sin complicaciones que rige a las Instituciones Hospitalarias del Ministerio de Salud Pública.
- Socializar los principales resultados de la investigación mediante la elaboración de un póster científico.

Fecha: Ibarra, 04 de noviembre del 2021

Dra.C. Adela Janet Vaca Auz
Directora

Grace Evelin Guerrero Néjer
Autora

AGRADECIMIENTO

En el presente trabajo de tesis quiero agradecer a Dios por bendecirme en el desarrollo del trabajo de investigación, a la Dra. Janeth Vaca mi directora de tesis por guiarme con sus conocimientos en base a su experiencia y su paciencia; al Hospital San Vicente de Paúl, a sus directivos y al personal de enfermería del área de Emergencia, Triage/ Respiratorio, Medicina Interna, por darme apertura y facilidad para realizar el trabajo.

Un especial agradecimiento a la Carrera de Enfermería y a sus docentes que me han aportado con los conocimientos necesarios para poder llegar hasta donde me encuentro y a mis queridos familiares que han sido el pilar fundamental en mi logro, brindándome su apoyo moral y afectivo, siempre incentivando a cumplir mi meta.

Grace Evelin Guerrero Néjer

DEDICATORIA

Dedico la presente tesis a Dios por permitirme cumplir uno de mis sueños y bendecirme todos los días.

A mi familia y amigos por todo su apoyo moral, incondicional, económico, estuvieron allí en los momentos difíciles, fueron un gran impulso para lograr mi objetivo y gracias a ellos soy lo que soy, por ayudarme a cumplir mis logros y saber que siempre cuento con ellos.

A mis maestros por ser los guías en el trayecto de todos estos años en la universidad.

Grace Evelin Guerrero Néjer

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS.....	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	v
AGRADECIMIENTO	vii
DEDICATORIA	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xiii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xiii
RESUMEN.....	xiv
ABSTRACT	xv
CAPÍTULO I.....	1
1. Problema de Investigación	1
1.1. Planteamiento del Problema	1
1.2. Formulación del Problema.....	3
1.3. Justificación	4
1.4. Objetivos	5
1.4.1. Objetivo General	5
1.4.2. Objetivos Específicos.....	5
1.5. Preguntas de Investigación	6
CAPÍTULO II	7
2. Marco Teórico	7
2.1 Marco Referencial.....	7
2.1.1. El desempeño del personal de Enfermería durante la pandemia de la COVID-19, Cuba 2020.	7

2.1.2. Cuidados enfermeros en el paciente ingresado en unidades de hospitalización por COVID – 19, España 2020.....	7
2.1.3. Situación de Enfermería en tiempos de COVID -19: Una Mirada Panorámica, Perú 2020.....	8
2.1.4. Cuidados enfermeros orientados a mitigar la transmisión del coronavirus en casos positivos: una revisión narrativa, 2020.....	9
2.1.5. Protocolo de manejo en segundo nivel atención COVID-19, 2020.....	10
2.2 Marco Contextual	10
2.2.1 Caracterización del Hospital San Vicente de Paúl.....	10
2.2.2 Misión	11
2.2.3 Visión.....	11
2.2.4 Valores y principios institucionales	11
2.2.5 Historia Hospital San Vicente De Paúl	12
2.3. Marco Conceptual.....	15
2.3.1 Fundamentación Conceptual de los Protocolos de Atención.	15
2.3.1.1. Estructura del Protocolo.....	15
2.3.1.2. Componentes generales.....	16
2.3.2 COVID – 19.....	17
2.3.2.1. Definición de COVID – 19	17
2.3.2.2. Etiología del COVID	17
2.3.2.3. Dinámica de transmisión.....	19
2.3.2.4. Dinámica de la transmisión en relación con los síntomas.....	20
2.3.2.3. Cuadro Clínico	22
2.3.2.4. Factores de Riesgo	22
2.3.2.5. Diagnóstico	25

2.3.2.6. Complicaciones	26
2.3.2.7 Prevención.....	27
2.3.3. Teoría de Virginia Henderson.....	29
2.3.3.1. Definición.....	29
2.3.3.2. Necesidades Fisiológicas de Virginia Henderson	29
2.3.4. Proceso de Atención de Enfermería.....	33
2.3.4.1. Valoración	33
2.3.4.2. Diagnóstico	33
2.3.4.3. Planificación.....	33
2.3.4.4. Ejecución.....	33
2.3.4.5 Evaluación.....	33
2.3.5. Taxonomía NANDA	34
2.3.6. Taxonomías NOC, NIC.....	34
2.3.7. Bioseguridad	35
2.3.7.1. Definición.....	35
2.3.7.2. Principios de Bioseguridad	35
2.3.7.3. Medidas de Bioseguridad en COVID– 19	38
2.4. Marco Legal y Ético	41
2.4.1. Marco Legal	41
2.4.1.1. Constitución de la República del Ecuador	41
2.4.1.2. Plan Nacional de Desarrollo Toda Una Vida 2017 – 2021	42
2.4.1.3. Ley orgánica de salud.....	42
2.4.2. Marco Ético.....	45
2.4.2.1. Derechos Humanos	45

2.4.4.2. Declaración de Helsinki de la AMM	45
2.4.2.3. Principios Éticos de la Enfermería.....	47
2.4.2.4. Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería.....	48
CAPÍTULO III	51
3. Metodología de la Investigación	51
3.1 Diseño de la investigación	51
3.2 Tipo de la investigación.....	51
3.3 Localización y ubicación del estudio.....	52
3.4. Universo.....	52
3.4. 1 Población de estudio	52
3.4.2 Muestra.....	52
3.4.3 Criterios de inclusión	52
3.4.4 Criterios de exclusión.....	53
3.5. Operacionalización de Variables	54
3.6 Métodos de recolección de información.....	58
3.7 Análisis de datos	61
CAPÍTULO IV	62
4. Resultados de la investigación.....	62
CAPÍTULO V	79
5. Conclusiones y Recomendaciones	79
5.1. Conclusiones.....	79
5.2. Recomendaciones	80
BIBLIOGRAFÍA	81
ANEXOS	89
Anexo 1. Encuesta validada	89
Anexo 2. Entrevista Semi Estructurada.....	97

Anexo 3. Consentimiento Informado	99
Anexo 4. Galería de fotos.....	100
Anexo 6. Poster Científico.	102
Anexo 5. Análisis URKUND	103
Anexo 6. ABSTRACT	104

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Características socio – laborales	62
Tabla 2: Nivel de conocimiento en el personal de enfermería.....	64
Tabla 3: Conocimientos sobre COVID-19	66
Tabla 4: Normas de Bioseguridad ante la COVID-19	68
Tabla 5: Intervenciones de enfermería de acuerdo al protocolo de Atención de enfermería en pacientes con COVID 19 sin complicaciones respiratorias.	72

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Hospital San Vicente de Paul	10
Figura 2: Percepción de los profesionales de enfermería sobre la atención basada en las 14 necesidades de Virginia Henderson.	69
Figura 3: Valoración de enfermería según patrones funcionales en la atención a pacientes con COVID – 19 sin complicaciones respiratorias	71
Figura 4: Resultados representativos de las valoraciones de las líderes de Enfermería de los servicios de Emergencia y Medicina Interna del HSVP	74

“CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PACIENTES CON COVID -19 SIN COMPLICACIONES RESPIRATORIAS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL-2021”

Autor: Grace Evelin Guerrero Néjer
Correo: graceguerrero96@gmail.com

RESUMEN

La situación actual de la pandemia por SARS-CoV-2 ha supuesto en evidencia la fragilidad de la atención de salud en todo el mundo. Para afrontar esta crisis el Ministerio de Salud Pública se ha visto en la necesidad de implementar protocolos para el manejo terapéutico y el cuidado de los pacientes. El objetivo de esta investigación fue comprobar el cumplimiento del protocolo de atención de enfermería a pacientes adultos con COVID-19 sin complicaciones respiratorias. Estudio observacional descriptivo que incluyó una muestra de 40 profesionales de enfermería del Hospital San Vicente de Paúl en los meses de mayo a julio de 2021. Se recogieron variables sociolaborales y variables relacionadas con la evaluación del protocolo de atención. Resultados: el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre el protocolo del COVID-19 sin complicaciones fue alto, existió una relación moderada entre el tiempo de experiencia profesional y la variable nivel de conocimientos; además relación fuerte entre las variables de acuerdo al nivel de conocimientos del COVID-19, PAE, las necesidades de Virginia Henderson, la identificación de patrones funcionales. Conclusiones: el protocolo nacional de atención en pacientes con COVID-19 sin complicaciones respiratoria debería estar ampliamente difundido en todos los niveles de atención de los servicios de salud en cuyos circuitos de atención juega un papel fundamental enfermería que desde la visión disciplinar atiende los retos en la atención de salud.

Palabras clave: COVID- 19, pandemia, protocolo de atención, cuidados de enfermería, bioseguridad.

“COMPLIANCE WITH THE PROTOCOL OF CARE IN PATIENTS WITH COVID -
19 WITHOUT RESPIRATORY COMPLICATIONS IN THE NURSING STAFF OF
THE SAN VICENTE DE PAÚL-2021 HOSPITAL”

Author: Grace Evelin Guerrero Néjer
Email: graceguerrero96@gmail.com

ABSTRACT

The current SARS-CoV-2 pandemic has highlighted the world's healthcare system's vulnerability. To deal with the crisis, the Ministry of Public Health implemented therapeutic management and patient care protocols. The goal of this study was to see if adult patients with COVID-19 who did not have respiratory complications followed the nursing care protocol. During May, June, and July 2021, a sample of 40 nursing professionals from the San Vicente de Paul Hospital participated in a descriptive observational study. Variables related to the evaluation of the care protocol, as well as socio-occupational variables, were collected. Results: the level of knowledge of the nursing staff about the COVID-19 protocol without complications was high, there was a moderate relationship between the time of professional experience and the variable level of knowledge; also, strong relationship between the variables according to the level of knowledge of COVID-19, PAE, the needs of Virginia Henderson, the Identification of Functional Patterns. Conclusions: The national protocol for care in patients with COVID-19 without respiratory complications should be widely disseminated at all levels of care in the health services, in whose care circuits nursing plays a fundamental role, which from the disciplinary point of view addresses the challenges in health care.

Keywords: COVID-19, pandemic, care protocol, nursing care, biosafety

TEMA:

“Cumplimiento del protocolo de atención en pacientes con COVID-19 sin complicaciones respiratorias en el personal de enfermería del Hospital General San Vicente de Paúl-2021”

CAPÍTULO I

1. Problema de Investigación

1.1. Planteamiento del Problema

La COVID-19 forma parte de un grupo de coronavirus (CoV), que pueden ocasionar desde síntomas leves hasta eventos muy graves y de alta mortalidad en la población, razón por la cual, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara a esta enfermedad como una emergencia de salud pública con caracterización de pandemia (1) (2) (3) (4).

Por otra parte, distintas organizaciones y gobiernos han resaltado el rol importante, que están desempeñando los profesionales de enfermería, como parte de la primera línea de atención durante la pandemia (2) (4). Sin embargo, limitaciones de diversa índole en los sistemas de salud, han restringido el desarrollo de buenas condiciones de trabajo, lo que ha causado que, en varios países, una parte del personal se contagie con la enfermedad complicando aún más la atención a los pacientes que llegan a las instituciones hospitalarias especialmente públicas.

En situaciones de pandemia como la que estamos viviendo, la enfermera es crucial, para proveer cuidados directos, soporte emocional, educar a pacientes y (...), abogar por los pacientes y sus familias (5). A este listado es necesario agregar, otras acciones, como la coordinación de acciones administrativas y de gestión de los procesos de atención para el control de la enfermedad y la incidencia en las políticas para las decisiones institucionales.

En países como Argentina, Colombia, España, por citar algunos ejemplos, se ha considerado fundamental contar con protocolos que expresen las acciones esenciales que este profesional debe dar cumplimiento durante la atención, los mismos deben ser consensuados para los diferentes escenarios de práctica clínica (6) (7) (8).

El Ecuador se encuentra entre los tres países de Sudamérica con más casos de COVID-19, con 1 564 muertes registradas por esta causa hasta mediados de mayo de 2020 (9). La pandemia ha mostrado algunas insuficiencias en relación a la definición de políticas y acciones encaminadas a mejorar la gestión y planificación hospitalaria, el reclutamiento de profesionales de enfermería, la garantía de la estabilidad laboral y otros.

Asimismo, paulatinamente se han ido adecuando a estas nuevas demandas, reglamentaciones especiales y otros instrumentos normativos, como mecanismos para garantizar niveles más adecuados de prestación de servicios, a través de distintas estrategias, protocolos, disposiciones y otros, como por ejemplo, el Manual elaborado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), orientado al cuidado de pacientes con COVID-19 sin complicaciones, que desde la aproximación teórica del Modelo de cuidado de Virginia Henderson integra el proceso enfermero (PE) y los lenguajes estandarizados NANDA-NOC-NIC, de gran valor en muchos entornos de cuidados y en nuestra realidad asistencial (10).

No obstante, lo mencionado en párrafos anteriores, en la práctica asistencial, el personal de enfermería, ha reconocido algunas dificultades en el momento de la implementación del PAE, a ello se suma los limitados proceso de capacitación y la falta de difusión del mismo, así como otras dificultades en la protocolización de otras medidas asociadas al cuidado de estos pacientes, por lo cual, el proceso de atención de enfermería se ha ido simplificando en simples acciones de cuidado rutinarias.

En Imbabura, el Hospital General San Vicente de Paúl es uno de los establecimientos de salud para la atención específica de casos de CoVID19, sin embargo, persisten algunas insuficiencias relacionadas con la falta de material de protección, equipamiento insuficiente, desabastecimiento de fármacos; la sobrecarga asistencial y las ratios del personal, a los que se suman otros problemas relacionados con los déficits organizativos de planificación y de gestión de los servicios de salud. De ahí, la necesidad de realizar este estudio que analice las actuales condiciones de la protocolización propuesta por el

organismo rector para el cuidado de pacientes adultos con COVID 19 sin complicaciones respiratorias y proponer acciones que contribuyan al fortalecimiento de la calidad asistencial.

1.2. Formulación del Problema

¿Cuál es el cumplimiento del protocolo de atención de enfermería a pacientes adultos con COVID-19 sin complicaciones respiratorias por parte del personal de Enfermería de los Servicio de Emergencia / Triage Respiratorio, Medicina Interna, ¿del Hospital San Vicente de Paúl?

1.3. Justificación

La Pandemia del COVID-19, ha impuesto al sector de salud cambios importantes en los procesos administrativo-asistenciales, producto de la compleja realidad de la enfermedad en todo el mundo. Como arguyen varios especialistas sobre el tema, la atención a este tipo de pacientes origina un alto consumo de tiempo, recursos y un elevado desgaste físico y emocional y muchos desafíos y lecciones para gestionar de mejor manera la atención.

La justificación teórica de esta investigación, se manifiesta al proponer la evaluación del cumplimiento del protocolo de atención a pacientes con Covid-19 sin complicaciones respiratorias desde las directrices y exigencias de la atención de salud del MSP y la aplicación del proceso de atención de enfermería, desde la concepción teórica de Virginia Henderson y su “Modelo de las 14 Necesidades Básicas,” como foco central de la práctica de la enfermería y pilar fundamental para desarrollar el proceso enfermero, como un método sistemático, cíclico y racional para planificar y prestar cuidados de enfermería al paciente de forma integral e individualizada con sustento técnico (11).

En la actualidad el rol de la gestión de la calidad y de la seguridad en la atención de los servicios de salud, es más dinámico. En este sentido la utilidad práctica de la investigación se pone manifiesto al contribuir con sus resultados al perfeccionamiento del proceso de comunicación y difusión interna de los nudos críticos encontrados y un elemento estratégico para mejorar la calidad del cuidado brindado por el profesional de enfermería. De ahí que, los beneficiarios directos del estudio sería el personal de enfermería del Hospital General San Vicente de Paúl de los servicios de Emergencia/ triaje respiratorio y Medicina Interna; además aportará insumos para la profundización de conocimientos en los estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Técnica del Norte.

Siguiendo el planteamiento de Aranaz y Moya, el conocimiento generado por la investigación debe ser pertinente al ámbito académico, en este sentido el trabajo se encuadra en la línea de investigación Salud y Bienestar de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica del Norte. Por otro lado, la investigación es factible y

viable de realizar ya que se cuenta con la autorización de la Facultad y del Hospital San Vicente de Paúl y el aporte económico de la investigadora.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Analizar el cumplimiento del protocolo de atención al paciente adulto con Covid-19 sin complicaciones respiratorias por el personal de enfermería en los servicios de emergencia / triaje respiratorio y medicina interna del hospital General San Vicente de Paúl – 2021.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar a la población en estudio de acuerdo a variables sociolaborales.
- Valorar el nivel de conocimiento y la aplicación de las intervenciones de enfermería aplicados en la práctica asistencial en relación con el protocolo de Atención en adultos con COVID-19 sin complicaciones respiratorias que rige a las Instituciones Hospitalarias del Ministerio de Salud Pública.
- Socializar los principales resultados de la investigación mediante la elaboración de un póster científico.

1.5. Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles serán las características sociolaborales que tiene la población, objeto de investigación?
- ¿Cuál es el nivel de conocimientos y cumplimiento de las intervenciones de enfermería aplicados por parte del personal de enfermería en relación con el protocolo del Ministerio de Salud Pública de los servicios de del Hospital San Vicente de Paúl?
- ¿Cuáles serán los principales resultados de investigación a ser socializados mediante la elaboración de un póster científico?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1 Marco Referencial

2.1.1. El desempeño del personal de Enfermería durante la pandemia de la COVID-19, Cuba 2020.

El objetivo de este estudio fue ofrecer un referente teórico en relación con los cuidados de Enfermería durante la atención a pacientes con esta enfermedad, se realizó una revisión bibliográfica narrativa; en donde se ejecutó el análisis de artículos originales y revisiones sistemáticas que incluyeron información en relación con la COVID-19 y el desempeño de Enfermería durante esta pandemia (12).

Los resultados se sistematizaron referentes teóricos que sustentan el liderazgo de la profesión de Enfermería en la atención al paciente con sospecha o confirmación de esta enfermedad. Se expresan las acciones esenciales que este profesional debe dar cumplimiento durante la atención a este tipo de paciente (12).

2.1.2. Cuidados enfermeros en el paciente ingresado en unidades de hospitalización por COVID – 19, España 2020.

Es fundamental que los profesionales de la salud conozcan sobre los cuidados enfermeros que se deben brindar en pacientes COVID – 19, para brindar una mejor calidad de atención. El objetivo fue aportar recomendaciones para la práctica clínica que ayuden a protocolizar cuidados enfermeros en pacientes adultos ingresados en Unidades de Hospitalización por COVID 19, atendiendo a estándares basados en la literatura o a la experiencia más actual, en esta nueva pandemia. En vista que desde que se anunció la pandemia por el coronavirus SARS- CoV- 2 el 11 de marzo de 2020, muchas personas, entre ellas profesionales sanitarios, científicos, personal técnico y gestores, han estado elaborando protocolos, procedimientos, guías de consenso y documentos técnicos de

apoyo, que pudieran orientar hacia la atención más adecuada en esta situación crítica y emergente, provocada por la COVID-19 (13).

En España, el 1 de abril de 2020 sumaban 51.418 casos en Madrid y Cataluña. Supuso un gran reto en la reorganización de los servicios sanitarios y no sanitarios de los hospitales, la reestructuración de los espacios, la elaboración de documentos para apoyo clínico y de gestión, que dieran respuesta a todos los interrogantes que surgían relacionadas con el entorno de trabajo COVID 19 y la necesidad de crear y actualizar protocolos y procedimientos, la elaboración de protocolos de cuidados que ayudaran a los equipos enfermeros a desarrollar su actividad clínica con la máxima seguridad y eficacia en la atención de este tipo de pacientes (13).

2.1.3. Situación de Enfermería en tiempos de COVID -19: Una Mirada Panorámica, Perú 2020.

El presente estudio tuvo por objetivo analizar la situación de enfermería en tiempos de covid-19: una mirada panorámica, a nivel nacional y mundial, a través del método de revisión de artículos científicos y documentos, enfoque cualitativo, estudio de tipo básico, descriptivo. Entre sus resultados se determinó el comportamiento social ante el rol del profesional de enfermería en medio de un sistema de salud en crisis y débil, fuerza laboral del profesional de enfermería insuficiente ante una brecha o déficit de profesionales de enfermería en primera línea de acción, déficit de formación de profesionales de enfermería ante la demanda en los sistemas de salud, mortalidad con consecuencias en los profesionales de enfermería y colectividad, adquisición y disponibilidad insuficiente de equipos de protección personal al profesional de enfermería, despliegue de la teoría de la enfermería moderna y teoría del autocuidado. Se concluye que el análisis y sistematización de la información permitió reconocer el impacto del comportamiento social ante el rol del profesional de enfermería en medio de un sistema de salud en crisis y débil, la fuerza laboral del profesional de enfermería fue insuficiente ante una brecha o déficit de profesionales de enfermería en primera línea de acción, existe déficit de formación de profesionales

de enfermería ante la demanda en los sistemas de salud, la adquisición y disponibilidad es insuficiente de equipos de protección personal al profesional de enfermería, ante la contextualización ocurrió la mortalidad con consecuencias en los profesionales de enfermería y colectividad (14).

2.1.4. Cuidados enfermeros orientados a mitigar la transmisión del coronavirus en casos positivos: una revisión narrativa, 2020.

Esta revisión tuvo como objetivo realizar un mapeado de evidencias científicas en cuidados enfermeros dirigidos a controlar infecciones por coronavirus, el cual se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Medline, CINAHL, Scopus y en la colección principal de la WOS, sin límite de fecha y a través de las palabras clave transmission, infection, contagious, spreads, coronavirinae, coronavirus, COVID 19, sarscov 2, nurses y nursing. Inicialmente se identificaron 154 estudios y, tras seleccionarlos según criterios de elegibilidad, se incluyeron 16. Los estudios incluidos en la revisión trataron sobre prácticas de prevención y control de contagios, analizando riesgos asociados a la exposición y enumerando acciones para evitar complicaciones en pacientes críticos. Se identificaron patrones de transmisión de casos, contactos y factores asociados. También se estudiaron los conocimientos y actitudes profesionales, mostrando la importancia de una buena formación para el control de infecciones, y de disponer de equipos suficientes y adecuadas infraestructuras. Las enfermeras son vectores importantes de propagación. A pesar de que la evidencia disponible sobre la efectividad de cuidados para evitar el contagio por SARS-CoV-2 es escasa, los estudios publicados sobre la prevención y control ante brotes anteriores por coronavirus son de considerable utilidad (15).

Entre los resultados, se encuentran el intercambio de aire en las habitaciones como medida para reducir el riesgo de contagio entre pacientes; el refuerzo de medidas en unidades de cuidados intensivos; seguimiento de contactos de casos positivos; y una adecuada formación de los profesionales (15).

2.1.5. Protocolo de manejo en segundo nivel atención COVID-19, 2020

Este estudio tuvo por objetivo proporcionar un documento que sirva de guía para mejorar la atención y manejo de casos de COVID-19, en el segundo nivel de atención, con base a la revisión y análisis de la mejor evidencia publicada hasta la fecha. La población diana está constituida por pacientes adultos con sospecha diagnóstica o confirmada de COVID-19, que ingresen al segundo nivel de atención con clasificación de caso moderado o grave, que no necesita soporte ventilatorio o en UCI. El riesgo de una pandemia es que no todos los pacientes que necesitan atención la recibirán con un estándar adecuado. Además, cuando existe un aumento en la demanda de los sistemas de salud pueden verse obligados a negarse el tratamiento a algunos pacientes para asegurar el tratamiento de otros que tengan mejor pronóstico. Los cuidados paliativos son esenciales para proporcionar apoyo físico, psicosocial y espiritual. Aliviar el dolor y el sufrimiento ya sea físico o espiritual (16).

2.2 Marco Contextual

2.2.1 Caracterización del Hospital San Vicente de Paúl



Figura 1: Hospital San Vicente de Paul

Fuente: Diario El Norte, 2020

El Hospital San Vicente de Paúl, se encuentra ubicado en la provincia de Imbabura, en el cantón Ibarra, Parroquia El Sagrario, entre las calles de Luis Vargas Torres 1156 y Luis Gómez Jurado; el área de cobertura es la región norte del País que no solo abarca a la provincia de Imbabura sino a toda la Zona # 1 conformadas por las provincias Carchi, Esmeraldas y Sucumbíos y a la vez, presta una atención de segundo nivel. Es un hospital general que pertenece al Sistema Nacional de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública, y se encuentra en un proceso de modernización y mejora continua. Tiene una trayectoria formal, bien definida en cuanto a atención a usuarios, y brinda también servicio de referencia y contra referencia; actualmente, atiende además la demanda de la población migrante especialmente de Colombia y Venezuela asentada en nuestro país.

2.2.2 Misión

“El Hospital San Vicente de Paúl tiene por misión prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social (17).

2.2.3 Visión

“La visión del Hospital San Vicente de Paúl es ser reconocidos por la ciudadanía como hospital accesible, que presta una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente (17).

2.2.4 Valores y principios institucionales

Los valores sobre los que se sustentan las interrelaciones, decisiones, y prácticas de los servidores del hospital son:

- **Respeto:** Todas las personas son iguales y merecen el mejor servicio, por lo que se respetará su dignidad y atenderá sus necesidades teniendo en cuenta, en todo momento, sus derechos.
- **Inclusión:** Se reconocerá que los grupos sociales son distintos, por lo tanto, se valorará sus diferencias, trabajando con respeto y respondiendo a esas diferencias con equidad.
- **Vocación de servicio:** La labor diaria se cumplirá con entrega incondicional y satisfacción.
- **Compromiso:** Invertir al máximo las capacidades técnicas y personales en todo lo encomendado.
- **Integridad:** Demostrar una actitud proba e intachable en cada acción encargada.
- **Justicia:** Velar porque toda la población tenga las mismas oportunidades de acceso a una atención gratuita e integral con calidad y calidez.
- **Lealtad:** Confianza y defensa de los valores, principios y objetivos de la entidad, garantizando los derechos individuales y colectivos (17).

2.2.5 Historia Hospital San Vicente De Paúl

El Hospital “San Vicente de Paúl” de la ciudad de Ibarra, provincia de Imbabura tiene su trayectoria desde hace muchos años atrás; se inicia con la donación de un terreno el 22 de abril de 1609 por Antonio de Carvajal y confirmado en el reparto de la ciudad el 25 de octubre de 1611. Los planos fueron diseñados por el Hermano Benito Aulin, de las Escuelas Cristianas. La obra era de severo y elegante estilo y fue considerado durante muchos años como el mejor hospital de la república, superando inclusive al hospital “Eugenio Espejo” de Quito. No se define fecha exacta de la creación del Hospital sin embargo se sabe que en 1871 inició sus actividades. En noviembre de 1885 las Hermanas de la Caridad se hacen cargo del trabajo en diversas áreas del Hospital gracias a las gestiones de Monseñor Pedro Rafael González y Calisto, obispo de Ibarra entre 1876 y 1892. Para 1930 ya contaba con una Farmacia, Pediatría y Maternidad. Con el transcurrir del tiempo la planta física del Hospital se vuelve obsoleta por lo cual el Ministerio de

Salud Pública decide dotar a la ciudad de Ibarra de un moderno Hospital acorde con el desarrollo tecnológico y científico de la época, en unos terrenos donados por la Ilustre Municipalidad, contrato celebrado el 3 de Julio de 1980 en Quito; la inauguración se celebró oficialmente el 27 de abril de 1991 y ha venido funcionando hasta la fecha (18).

Tiene una trayectoria formal y bien definida en cuanto a atención a usuarios externos ambulatorios desde el año 1875, su cobertura abarca a nuestra provincia, principalmente, y parte de las provincias de Esmeraldas, Carchi y Pichincha, es un hospital de referencia.

- **Capacidad Instalada**

El Hospital San Vicente de Paúl tiene una dotación de camas por servicio de 166 distribuidas de la siguiente manera: el servicio de Ginecología con la mayor dotación de camas con 41 camas, seguida el servicio de cirugía con 32 camas, el servicio de Medicina Interna cuenta con 29 camas, el servicio de Pediatría cuenta con 24 camas, el servicio de Traumatología cuenta con 20 camas y el servicio de Neonatología con 10 camas (17).

- **Cartera de servicios**

El hospital San Vicente de Paul, proporcionar servicios de salud con calidad y calidez, confiables y oportunos a los usuarios internos y externos, en su cartera de servicios se encuentran:

Especialidades quirúrgicas

- General
- Plástica
- Ginecológica
- Otorrinolaringológica
- Urológica
- Traumatológica
- Coloproctología

Unidad de apoyo, diagnóstico y terapéutico

- Farmacia
- Laboratorio
- Imagenología
- Rehabilitación y terapia física
- Salud mental
- Nutrición clínica
- Odontología

Especialidades clínicas

- Medicina interna
- Gastroenterología
- Nefrología
- Cardiología
- Geriátría
- Dermatología
- Psicología
- Genética
- Oncología
- Pediatría

Unidades críticas

- Emergencia
- Centro quirúrgico
- Unidad de terapia intensiva
- Unidad de terapia intensiva Neonatales (17).

2.3. Marco Conceptual

2.3.1 Fundamentación Conceptual de los Protocolos de Atención.

Los protocolos de enfermería son uno de los pilares básicos para determinar la forma de actuar y el compromiso de los profesionales de la salud en el desarrollo de los cuidados que llevan a cabo. Las investigaciones que se realizan en el ámbito de las ciencias de la salud aportan cada día nuevas evidencias que suponen cambios en los cuidados de los pacientes (19).

La práctica de la enfermería se basa, entre otras cosas en la evidencia, para aplicar en el cuidado enfermero, aquellas técnicas que se consideran más efectivas y relevantes. Para poder cumplir el objetivo citado en el párrafo anterior, los profesionales de la salud disponen de diversas herramientas que ayudan a tomar decisiones, estas herramientas son los protocolos, las guías y los procedimientos, entre otras.

Los protocolos de enfermería son documentos que además de establecer una normativa para la práctica, constituyen una importante fuente de información y facilitan la incorporación de nuevos profesionales. Por lo tanto, los protocolos deben ser actualizados para adaptarse a todas las novedades y reducir la variabilidad de la práctica clínica (19).

2.3.1.1. Estructura del Protocolo

La elaboración de los protocolos de enfermería atraviesa varias fases entre las que podemos distinguir las siguientes:

Selección del problema de salud

Es posible protocolizar muchos problemas de salud, fundamentalmente cuando exista una posibilidad de mejora en los cuidados de salud y en los resultados que se obtengan con el paciente. Para priorizar el problema de salud que se quiere protocolizar se pueden tener en cuenta las siguientes cuestiones (19):

- Supuestos en los que existe una gran variedad en la práctica clínica o en los resultados.
- En el caso en el tratamiento pueda reducir la morbilidad o mortalidad.

- Casos en los que las intervenciones tienen un alto riesgo o alto coste.
- Necesidad de que exista un protocolo.

Composición del grupo de trabajo

El grupo de trabajo que elabore el protocolo debe estar formado por varios profesionales expertos en la cuestión objeto de protocolización. Es fundamental que exista un acuerdo entre los profesionales que van a elaborar el protocolo porque se verán afectados por dicho protocolo en su trabajo diario (19).

Revisión de la mejor evidencia científica

Esta revisión requiere una búsqueda bibliográfica y en revistas científicas para seleccionar el material en base a su calidad. La información se puede extraer de artículos, tesis doctorales, guías clínicas y otros (19).

Es preciso también, que los protocolos de enfermería estén redactados de forma clara, utilizando frases cortas y términos sencillos, evitando siglas y redundancias. Se trata de elaborar un documento que sea de fácil comprensión por los profesionales que lo van a utilizar.

2.3.1.2. Componentes generales.

De forma genérica los protocolos de enfermería pueden seguir la siguiente estructura (19):

- Introducción. En este apartado se hablará de la justificación del protocolo.
- Son los resultados que se pretenden obtener.
- Responsabilidad de cada profesional implicado en su implementación.
- Profesionales a los que va dirigido.
- Población a la que va dirigida el protocolo.
- Descripción del procedimiento a implementar.
- Glosario de términos y biografía.

2.3.2 COVID – 19

Los coronavirus son una extensa familia de virus que pueden causar enfermedades tanto en animales como en humanos. En los humanos, se sabe que varios coronavirus causan infecciones respiratorias que pueden ir desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS). El coronavirus que se ha descubierto más recientemente causa la enfermedad por coronavirus COVID-19 (20). En 2019 se identificó un nuevo coronavirus como la causa del brote de una enfermedad que se originó en China.

Este virus ahora se conoce como el coronavirus tipo 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2). La enfermedad que causa se llama enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). En marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote de la COVID-19 como pandemia (20).

Los grupos de salud pública, incluidos los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) de los EE. UU. y la OMS, están controlando la pandemia y publicando información actualizada en sus sitios web. Estos grupos también han emitido recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la enfermedad (20).

2.3.2.1. Definición de COVID – 19

La COVID-19 es una enfermedad infecciosa provocada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente. Tanto este nuevo virus como la enfermedad que provoca eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019 (9).

2.3.2.2. Etiología del COVID

El coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave 2 (SARS-CoV-2) es un betacoronavirus previamente desconocido que se descubrió en muestras de lavado bronco alveolar tomadas de grupos de pacientes que presentaron neumonía de causa desconocida en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei (China), en diciembre de 2019 (21).

Los coronavirus son una familia numerosa de virus del ácido ribonucleico (RNA) con envoltura, algunos de los cuales causan enfermedades en las personas, por ejemplo, el resfriado común, el síndrome respiratorio agudo severo (SARS), el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS), y otros que se propagan entre mamíferos y aves. Con escasa frecuencia, los coronavirus de animales pueden transmitirse a los seres humanos y posteriormente entre seres humanos, como fue el caso del SRAG y el MERS (22).

- **Variantes SARS-CoV-2**

Todos los virus, incluyendo el SARS-CoV-2, evolucionan con el tiempo. Se han secuenciado más de 540,000 variantes del virus por el COVID-19 Genomics UK Consortium (COG-UK) hasta el 18 de junio de 2021 (23).

La Organización Mundial de la Salud ha introducido nuevas etiquetas fáciles de pronunciar y no estigmatizantes para las variantes del SARS-CoV-2 basadas en el alfabeto griego. WHO: tracking SARS-CoV-2 variantes.

Las variantes preocupantes del SARS-CoV-2 (VOC) son las siguientes (23):

- **Alfa (VOC-20DEC-01; linaje B.1.1.7):** identificada por primera vez en Kent, sureste de Inglaterra, en septiembre de 2020 e informada a la Organización Mundial de la Salud en diciembre de 2020. Hay evidencias que sugieren que esta variante puede ser más transmisible, lo que sugiere una mayor gravedad de la enfermedad, pero no de mortalidad, en comparación con el virus de tipo natural, aunque los datos son contradictorios (24).
- **Beta (VOC-20DEC-02; B.1.351 linaje):** detectado por primera vez en la Bahía de Nelson Mandela, Sudáfrica, en octubre de 2020. La variante presenta mutaciones de la proteína de pico similares a las del linaje B.1.1.7. El análisis de secuencias revela que la mutación N501Y informada en el Reino Unido y Sudáfrica se originó de manera independiente. Estas mutaciones pueden afectar a su transmisibilidad y perfil antigénico (25).

- **Gamma VOC-21ENE-02 (linaje P.1):** descendiente del B.1.1.28 linaje detectado por primera vez en Japón en viajeros procedentes de Brasil. A partir de los datos de modelización y de laboratorio, es plausible que exista algún grado de escape inmunitario, o una mayor transmisibilidad, o ambas cosas, con esta variante. Sin embargo, la magnitud y la importancia clínica de estos efectos aún están por determinar (25).
- **Delta (VOC-21APR-02; B.1.617.2):** identificada por primera vez en la India en abril de 2021. Los primeros datos muestran un mayor riesgo de ingreso hospitalario, en comparación con la variante B.1.1.7; sin embargo, se necesitan más datos. La tasa bruta de letalidad se estima en un 0.1%, y la mayoría de las muertes se producen en personas de 50 años más hasta la fecha de 21 de junio de 2021 (25). Las nuevas evidencias sugieren que las vacunas actuales pueden ser eficaces contra la variante después de dos dosis, pero con una eficacia reducida después de una dosis.
- **Epsilon (B.1.427 y B.1.429 linajes):** detectadas por primera vez en California en los Estados Unidos, estas variantes han sido clasificadas como variantes preocupantes por los Centros para el Control and Prevention de los Estados Unidos, es posible que presenten un mayor riesgo de transmisión, que causen una enfermedad más grave y que no respondan tanto a ciertos tratamientos (25).

2.3.2.3. Dinámica de transmisión

La transmisión respiratoria es el modo de transmisión dominante, siendo la proximidad y la ventilación los principales determinantes del riesgo de transmisión. Las evidencias disponibles indican que la transmisión entre personas se produce principalmente por contacto directo, indirecto o cercano con personas infectadas a través de secreciones infectadas como la saliva y las secreciones respiratorias, o a través de gotas respiratorias que se expulsan cuando una persona infectada tose, estornuda, habla o canta (26).

La transmisión por vía aérea puede producirse en los centros de salud durante los procedimientos de generación de aerosoles en determinadas condiciones, como, por ejemplo: espacios cerrados y abarrotados con escasa ventilación en los que la persona infectada puede haber estado respirando fuertemente por ejemplo en restaurantes, coros, clases de gimnasia (26).

La transmisión por contacto directo con fómites podría ser posible, pero actualmente no hay evidencias concluyentes de este modo de transmisión. Aunque la mayoría de los estudios informan de la identificación del virus en superficies inanimadas, faltan evidencias que demuestren la recuperación del virus viable. Se ha descubierto que el virus es más estable en plástico y acero inoxidable (hasta 72 horas) en comparación con el cobre (hasta 4 horas) y el cartón (hasta 24 horas) en condiciones experimentales, pero esto no refleja las condiciones de la vida real (26).

No se ha informado de transmisión a través de otros fluidos corporales (incluida la transmisión sexual o la transmisión sanguínea). Si bien se ha detectado el virus en sangre, el líquido cefalorraquídeo, el líquido pericárdico, el líquido pleural, la orina, el semen, la saliva, el tejido ocular, las lágrimas y las secreciones conjuntivas, así como en el oído medio y la mastoides, la presencia de virus o de componentes virales no equivale a la infecciosidad (26).

Se han detectado fragmentos virales en la leche materna; sin embargo, este hallazgo es infrecuente y, cuando ocurre, se ha asociado con síntomas leves en los lactantes. Los anticuerpos anti-SARS-CoV-2 son más frecuentes en la leche materna en comparación con los fragmentos virales. Es poco probable que se produzca una transmisión vertical si se toman las precauciones higiénicas correctas (26).

2.3.2.4. Dinámica de la transmisión en relación con los síntomas

- **Transmisión sintomática**

La transmisión parece propagarse principalmente por medio de gotitas y el contacto cercano con los casos sintomáticos infectados. La transmisibilidad depende de la cantidad

de virus viable que se desprenda y expulse una persona (la carga viral es más alta justo antes o alrededor del momento de aparición de los síntomas y durante los primeros 5 a 7 días de la enfermedad), el tipo de contacto, el entorno y las medidas de prevención y control de la infección que se apliquen (22).

- **Transmisión presintomática**

La transmisión puede producirse durante el período de incubación, generalmente de 1 a 3 días antes del inicio de los síntomas. Se informó de transmisión presintomática en el 12.6% de los casos en China y en el 6.4% de los casos en Singapur. Las personas que no presentan síntomas pueden ser presintomáticas o pueden permanecer asintomáticas de manera persistente (23).

- **Transmisión asintomática**

Se ha informado la transmisión de casos asintomáticos (casos confirmados en el laboratorio que nunca presentan síntomas); sin embargo, la mayor parte de las evidencias se basan en los primeros datos de China y tienen limitaciones por ejemplo un pequeño número de casos, los casos pueden haber sido presintomáticos. Además, se realizó un cultivo del virus en muestras de casos asintomáticos positivos y todos los cultivos fueron negativos, lo que indica que los casos asintomáticos positivos del estudio no eran infecciosos (22).

Los niños son más propensos a ser asintomáticos. Se ha considerado que la proporción agrupada de casos asintomáticos en niños era significativa (alrededor del 40%). Sin embargo, en estudios recientes se ha encontrado que la tasa de infección asintomática en niños era muy baja (el 1% en comparación con el 9% en los adultos en un estudio, y el 0.6% en comparación con el 1.8% en los adultos en otro estudio), lo que indica que los niños no parecen ser impulsores particulares de la pandemia (23).

2.3.2.3. Cuadro Clínico

Dentro de los factores de transmisión viral se encuentran los siguientes:

- **Período de incubación**

Se estima que el período de incubación es de entre 1 y 14 días, con una mediana de 5 a 7 días. El virus viable tiene una duración relativamente corta; la infecciosidad alcanza su punto máximo alrededor de 1 día antes del inicio de los síntomas y disminuye en 7 días (23). El período de incubación medio acumulado es de 9.6 días en los niños.

- **Número de reproducción (R_0)**

Los informes sugieren que el número de reproducción, el número de personas que se contagian de la infección de una persona infectada, se estima entre 2.2 y 3.3. Sin embargo, hay una gran heterogeneidad entre los estudios y el número varía entre los países (23).

- **Intervalo de serie**

Se ha estimado que el tiempo que transcurre entre el inicio de los síntomas en el paciente primario y el inicio de los síntomas en el paciente infectado en una cadena de transmisión es de aproximadamente 5.45 días (rango de 4.2 a 6.7 días) (23).

- **Carga viral**

La carga viral es mayor en las vías respiratorias altas (nasofaringe y orofaringe) al principio del curso de la infección (por lo general, alcanza su máximo en la primera semana de la enfermedad), y posteriormente aumenta en las vías respiratorias bajas (esputo). La carga viral disminuye después del inicio de los síntomas. La carga viral en las vías respiratorias altas es comparable en los pacientes asintomáticos y sintomáticos; sin embargo, la mayoría de los estudios demuestran una eliminación más rápida del virus entre las personas asintomáticas en comparación con las sintomáticas (23).

2.3.2.4. Factores de Riesgo

Factores de riesgo: las comorbilidades más frecuentes entre 5.700 pacientes hospitalizados en Nueva York fueron hipertensión (57%), obesidad (42%) y diabetes

34%). La obesidad es un factor de riesgo para intubación o muerte en menores de 65 años. Otras publicaciones confirman que la obesidad es un factor de riesgo de mortalidad, incluso al ajustarla por comorbilidades asociadas a obesidad. El riesgo relativo fue de 2,7 para índice de masa corporal de 40 a 45 y de 4,2 para mayor de 45 (27).

Otros factores de riesgo son diabetes presente en 34%, enfermedades cardiovasculares en 32%, y enfermedades pulmonares crónicas en 18%, entre las que no se incluye el asma. El porcentaje de pacientes asmáticos hospitalizados por COVID-19 no es mayor que el de la población general. Entre los pacientes que tenían alguna comorbilidad, la hospitalización fue 6 veces más y la mortalidad 12 veces más que en aquellos que no tenían comorbilidades (27).

La edad es un factor de riesgo independiente en diversas publicaciones. En China la tasa de letalidad fue de 15% en mayor o igual a 80 años, 8% entre los 70 a 79 años, 3,6% entre los 60 a 69 años y 1,3% entre los 50 a 59 años (27).

Organización Mundial de la Salud: gravedad de la enfermedad COVID-19

- **Enfermedad leve**

Pacientes sintomáticos que cumplen con la definición de caso para COVID-19 sin evidencia de hipoxia o neumonía.

Los síntomas frecuentes incluyen fiebre, tos, fatiga, anorexia, disnea y mialgia. Otros síntomas no específicos incluyen dolor de garganta, congestión nasal, cefalea, diarrea, náuseas y vómitos, y pérdida del olfato y el gusto. Otras manifestaciones neurológicas informadas incluyen mareos, agitación, debilidad, convulsiones o hallazgos sugestivos de accidente cerebrovascular. Es posible que los niños no informen fiebre o tos con tanta frecuencia como los adultos (28).

Las personas de edad avanzada y las personas inmunodeprimidas pueden presentar síntomas atípicos (p. ej., fatiga, disminución del estado de alerta, reducción de la movilidad, diarrea, pérdida de apetito, delirio, ausencia de fiebre) (28).

Los síntomas debidos a adaptaciones fisiológicas del embarazo o acontecimientos adversos del embarazo o también la disnea, fiebre, síntomas gastrointestinales, fatiga) u otras enfermedades por ejemplo el paludismo pueden superponerse a los síntomas de COVID-19 (28).

- **Enfermedad moderada**

Adolescente o adulto: signos clínicos de neumonía (es decir, fiebre, tos, disnea, respiración rápida) pero no presentan signos de neumonía grave, incluidos los niveles de saturación de oxígeno en la sangre (SpO_2) $\geq 90\%$ en el aire ambiente (28).

Niños: signos clínicos de neumonía no grave (es decir, tos o dificultad para respirar, además de respiración rápida y/o tiraje torácico) y no hay signos de neumonía grave. La respiración rápida se define como (28):

- <2 meses de edad: ≥ 60 respiraciones/minuto
- 2-11 meses de edad: ≥ 50 respiraciones/minuto
- 1-5 años de edad: ≥ 40 respiraciones/minuto.

Si bien el diagnóstico puede hacerse basándose en la clínica, los estudios por imágenes del tórax pueden ayudar en el diagnóstico e identificar o descartar las complicaciones pulmonares (28).

- **Enfermedad grave**

Adolescente o adulto: signos clínicos de neumonía (es decir, fiebre, tos, disnea, respiración rápida) más uno de los siguientes (28):

- Frecuencia respiratoria > 30 respiraciones/minuto
- Dificultad respiratoria grave
- $SpO_2 < 90\%$ en el aire ambiente.

Niños: signos clínicos de neumonía (es decir, tos o dificultad para respirar) y al menos uno de los siguientes (28):

- Cianosis central o SpO₂ <90%
- Dificultad respiratoria grave (p. ej., respiración rápida, gruñidos, tiraje torácico muy grave)
- Señales generales de peligro: incapacidad para la lactancia materna o para beber, letargo o inconsciencia, o convulsiones
- Respiración rápida (<2 meses: ≥60 respiraciones por minuto; 2-11 meses: ≥50 respiraciones por minuto; 1-5 años: ≥40 respiraciones por minuto).

Si bien el diagnóstico puede hacerse basándose en la clínica, los estudios por imágenes del tórax pueden ayudar en el diagnóstico e identificar o descartar las complicaciones pulmonares (28).

- **Enfermedad crítica**

Presencia de síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA), sepsis, shock séptico, trombosis aguda o síndrome inflamatorio multisistémico en niños (28).

2.3.2.5. Diagnóstico

El virus SARS-CoV-2, produce la enfermedad COVID-19, cuya manifestación más grave es la neumonía que se manifiesta por fiebre, tos, disnea y opacidades pulmonares bilaterales en la radiología de tórax (29).

- El virus SARS-CoV-2 se transmite de persona a persona, a través de gotitas respiratorias que se producen cuando el paciente tose, estornuda o habla.
- Estas gotitas parecen no viajar más de dos metros.
- También puede haber contagio al tocar superficies contaminadas y pasarse las manos por boca, nariz u ojos.
- Existen reportes recientes de contagio por virus que se mantienen en el aire en suspensión, por minutos u horas, en espacios mal ventilados.
- Esta vía se denomina transmisión aérea, y dificulta más el control de la enfermedad (29).

- El período de contagiosidad comienza alrededor de dos días antes del inicio de los síntomas, llega a su máximo el día de inicio y disminuye durante los siete días posteriores.
- Es muy improbable el contagio luego de 10 días de síntomas en casos de infecciones no severas³.
- Luego de la exposición, el período de incubación es de hasta 14 días, siendo de 4 a 5 días para la mayor parte de los casos (29).

Síntomas: COVID-19 se puede presentar como una influenza con síntomas respiratorios bajos. La fiebre está presente entre el 30 y 90% de los pacientes, siendo más frecuente entre quienes se hospitalizan y menos entre pacientes ambulatorios y de mayor edad.

- La adinamia, la cefalea y las mialgias son los síntomas más comúnmente reportados entre los pacientes ambulatorios, mientras que la odinofagia, la rinorrea y la conjuntivitis también son síntomas frecuentes.
- Muchos pacientes con COVID-19 tienen síntomas digestivos como náuseas, vómitos o diarrea, antes que aparezcan la fiebre y los síntomas respiratorios inferiores, al igual que la anosmia y la ageusia.
- Estos últimos síntomas se ven más frecuentemente en pacientes de edad media que no requieren hospitalización.
- La anosmia aparece como un síntoma muy específico de COVID-19.
- Otros síntomas neurológicos además de la cefalea son alteración de conciencia, mareos, convulsiones, agitación y signos meníngeos (29).

2.3.2.6. Complicaciones

Los virus respiratorios pueden penetrar en el sistema nervioso central (SNC) (neuroinvasión), afectar tanto a neuronas como a células gliales (propiedad conocida como neurotropismo) e inducir diversas patologías neurológicas (neuro virulencia). La hipótesis sobre las propiedades de neuroinvasión y neuro virulencia del SARS-CoV-2 se basa en la siguiente evidencia (30):

- Plausibilidad biológica extrapolada de la afectación del SNC por otros virus respiratorios.
- Evidencia de daño neurológico por coronavirus en otras especies.
- Modelos animales de infección del SNC por coronavirus humanos.
- Existencia de complicaciones neurológicas por otros coronavirus.
- Pacientes con COVID-19 que han presentado manifestaciones neurológicas.

2.3.2.7 Prevención

La mejor manera de prevenir la enfermedad es evitar estar expuesto al virus y a su vez evitar exponer a otras personas cómo:

- **Practicar el distanciamiento social**

Si está rodeado de otras personas, mantenga una distancia de 6 pies cuando sea posible. Evite los abrazos, dar la mano, las reuniones grandes y los ambientes cerrados.

Se cree que el virus se propaga principalmente de persona a persona. Cuando alguien tose o estornuda, esparce pequeñas gotas de líquido de la nariz o la boca, que contienen el virus. Si usted está muy cerca, puede inhalar esas gotas, incluido el coronavirus, si la persona que tose tiene la enfermedad (31).

- **Lávese las manos**

Lávese las manos con agua y jabón durante al menos 20 segundos para ayudar a detener la propagación de gérmenes; si no dispone de agua y jabón, use un desinfectante para manos con al menos un 60% de alcohol (31).

Adopte el hábito de lavarse las manos en forma regular. Lo más importante es lavarse las manos:

- antes de comer y cocinar
- después de usar el baño
- después de limpiar la casa
- después de tocar a las mascotas y otros animales

- antes y después de visitar o cuidar a personas enfermas
- después de sonarse la nariz, toser o estornudar
- después de estar afuera
- después de manipular correo o paquetes

Lavarse de manos elimina gérmenes de las manos. Mantener las manos limpias es uno de los pasos más importantes que puede dar para evitar enfermarse y propagar gérmenes a los demás (31).

- **Cubra su rostro con un paño de tela en público**

Cúbrase la boca y la nariz con un paño de tela para el rostro cuando esté alrededor de otras personas y en público, como en el supermercado.

No le cubra el rostro con un paño de tela a los niños menores de 2 años, personas que tengan problemas para respirar ni personas que no puedan quitarse la mascarilla sin ayuda.

Podría transmitir el COVID-19 a otras personas, aunque no se sienta enfermo. El paño de tela para el rostro está diseñado para proteger a otras personas en caso de que usted esté infectado (31).

- **Evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca**

Las manos tocan muchas superficies y pueden levantar los virus. Una vez contaminadas, las manos pueden transferir el virus a los ojos, nariz o boca.

- **Cubrirse al toser y estornudar**

Cúbrase la boca y la nariz con un pañuelo cuando tosa o estornude o use la parte interna del codo. Tire los pañuelos usados a la basura.

Las gotas propagan el virus. Manteniendo una buena higiene respiratoria, protege a las personas que lo rodean de los virus, como el resfrío, la gripe y COVID-19 (31).

- **Limpiar y desinfectar las superficies de “alto contacto”**

Limpie Y desinfecte con frecuencia las superficies de contacto diario, es decir, mesas, perillas de las puertas, llaves de luz, encimeras, manijas, escritorios, teléfonos, teclados, inodoros, grifos y fregaderos.

Si las superficies están sucias, primero límpielas con detergente o agua y jabón y después desinfectelas. La mayoría de los desinfectantes domésticos más frecuentes registrados en EPA, soluciones de blanqueador domésticas diluidas y soluciones de alcohol con al menos un 70% de alcohol sirven. Consulte cómo fabricar una solución de blanqueador si los desinfectantes no están disponibles (32).

2.3.3. Teoría de Virginia Henderson

2.3.3.1. Definición

La enfermería es aquella ciencia direccionada en el principio de los cuidados como la esencia misma de la profesión, resultando relevante que el profesional enfermero/a mediante sus habilidades, destrezas, capacidades - dominios pueda planificar y ejecutar los mismos de forma eficaz, de acuerdo a las necesidades individuales identificadas en la valoración de cada paciente para lograr alcanzar el bienestar – confort del individuo, esto mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería (PAE) (33).

2.3.3.2. Necesidades Fisiológicas de Virginia Henderson

En el estudio de caso presente se ha procedido a seleccionar la teoría de las 14 necesidades por Virginia Henderson; describe la función de enfermería como el acto de ayudar al individuo sano o enfermo a mantener, recuperar o reestablecer su salud, mediante acciones que permitan optimizar el bienestar del usuario de forma integral, ayudándolo a independizarle en el menor tiempo posible. Para ello, detalla 14 necesidades básicas del ser humano que se deberán satisfacer para lograr el objetivo ya mencionado (33).

1. Respirar normalmente. - Proceso fisiológico encargado del intercambio gaseoso alveolar, estrechamente relacionado con la función cardiaca, que permite la distribución sanguínea rica en oxígeno a todo el organismo, se valora frecuencia y profundidad

respiratoria, factores que puedan afectarlo como disnea, niveles de oxígeno en sangre, frecuencia cardiaca y tensión arterial.

2. Comer y beber adecuadamente. - Enfocada en la valoración del grado de autonomía del individuo para alimentarse de forma apropiada, masticar y deglutir, consumo de líquidos, tipo de dieta y problemas digestivos que interfieran en el proceso fisiológico normal de la nutrición y digestión.

3. Eliminar por todas las vías corporales. - Capacidad de eliminar los desechos corporales producidos metabólicamente a través de la orina, heces y fluidos corporales como sudor o secreciones y por la menstruación.

4. Moverse y mantener posturas adecuadas. - Capacidad del individuo para movilizarse o trasladarse y realizar las actividades de la vida diaria de forma independiente, de igual forma se valora factores incapacitantes a nivel muscular - esquelético y neurológico, ya que existe estrecha relación funcional del sistema nervioso con los sistemas osteomioarticular, además de valorar el equilibrio corporal, y medición de signos neurológicos por la escala de Glasgow.

5. Dormir y descansar. - Necesidad humana que permite recuperar energías consumidas en el día a día para poder sentirse física y mentalmente renovado. Permitirá evaluar hábitos de sueño, nivel de ansiedad/ estrés, concentración y atención, falta de energía, fatiga, dolor, cefaleas, letargo o apatía, condiciones ambientales que interfieren en el descanso.

6. Usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse. - Mide el nivel de dependencia del sujeto en cuanto a vestirse y elegir su vestimenta, siendo una forma de representar su personalidad, cuidar su integridad física y corporal contra agentes externos.

7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales. - La temperatura corporal es regulada por los centros termorreguladores en el hipotálamo, además ciertos factores físicos pueden modificarla. Se valorará temperatura, sensación de calor/frío, condiciones ambientales.

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel. - El sentido de higiene y limpieza permitirá que el paciente sienta bienestar físico e integral, reduce factores de riesgo de infecciones, ya que la piel es la principal barrera contra agentes externos que pueden alterar el estado de salud. Se valorará: estado de la piel, cabello, uñas y boca, hábitos higiénicos y posibles riesgos que podrían afectar la integridad de la piel, como riesgo de aparición de úlceras por presión (UPP) a través de la escala de Braden - Berstrom.

9. Evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas. - Se refiere a la necesidad de sentirse seguro física, psicológicamente y dentro del ambiente que rodea al sujeto, permitiendo disminuir y evadir todo tipo de peligro interno y externo, tanto para el individuo como para otros. Podemos valorar medidas de salud que lleva a cabo (vacunaciones, chequeos, controles), estado de alerta, consciencia, memoria, percepción orientación, depresión, ansiedad, delirios o coma, cambios recientes en su vida, enfermedades asociadas, complicaciones, dolor, uso de medicación.

10. Comunicarse con los demás expresando emociones. - Se refiere a la importancia de expresar sentimientos y emociones a otros para mantener un equilibrio emocional, la enfermera juega un papel indispensable convirtiéndose en ente de apoyo del paciente para lograr la comunicación con él y que mantenga interacción social. Se podrá valorar núcleo de convivencia, capacidad para expresar y vivir su sexualidad, circunstancias que influyen en su comunicación: estatus cultural, pertenencia a grupo social, soledad, dificultades para pedir ayuda.

11. Vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores. - El enfermero debe conocer y respetar creencias culturales y religiosas del usuario, pues mayormente en el proceso de la enfermedad aumenta la confianza espiritual y fe permitiendo que la persona acepte su enfermedad o situación de salud. Podemos valorar la percepción de su situación de salud y bienestar, creencias, valores, importancia de la religiosidad / espiritualidad en su vida, actitud ante la muerte, prácticas religiosas.

12. Ocuparse en algo para realizarse. - Necesidad enfocada en desarrollar el potencial máximo de la persona para alcanzar cada objetivo y sentirse autorrealizado. Se podrá valorar los siguientes parámetros: actividad/trabajo, toma de decisiones, circunstancias que influyen en su realización personal (autoconcepto/autoimagen, actitud familiar).

13. Participar en actividades recreativas. - Necesidad direccionada a la salud mental, pues permite al individuo desarrollar sus habilidades y destrezas en cuanto a ocio permitiéndole divertirse de acuerdo a sus gustos y decisiones. Se valorarán hábitos culturales y de ocio, motivaciones y dedicación.

14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad. - Se enfoca en desarrollar nuevos conocimientos, habilidades y destrezas, que permitan estabilidad en la salud mental del individuo, aquí se va a valorar el interés por aprender, resolver problemas y participación.

Además, detalla postulados o asunciones científicas que permiten dar fundamento a lo antes mencionado, donde describe a la persona como un todo complejo e independiente con 14 necesidades básicas por satisfacer y cuando una de ellas no se logra alcanzar deja de ser un todo.

Por otra parte, nuestra pionera, establece 3 niveles en el proceso del cuidado, resultantes de la interrelación enfermero - paciente:

- **Nivel sustituto:** El paciente es totalmente dependiente, siendo el/la Enfermero/a quien lo sustituye totalmente en sus necesidades.
- **Nivel de ayuda:** Paciente es parcialmente dependiente, por lo que el profesional de enfermería complementará las actividades que el usuario no pueda realizar.
- **Nivel de acompañamiento:** Paciente totalmente independiente y el profesional se encargará de guiar y supervisar el cumplimiento de sus acciones autónomas.

Por ello, es indispensable implementar un plan de cuidados, basados en el conocimiento científico y pensamiento crítico del profesional Enfermero, a través de la implementación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que le permitirá reconocer las necesidades reales y potenciales que afectan al usuario, a través de la valoración (33).

2.3.4. Proceso de Atención de Enfermería

El PAE es un método científico, herramienta o guía de enfermería, que, con sólidos conocimientos basados en la evidencia científica, el profesional enfermero/a logra desarrollar e implementar, para lograr alcanzar la mejora del bienestar del individuo, familia o comunidad, como el objetivo principal de los cuidados.

El Proceso Enfermero consta de 5 pasos cíclicos - dinámicos que se correlacionan y entrelazan, de tal manera que cada uno depende del anterior y del siguiente, estos son (34):

2.3.4.1. Valoración

Proceso en el que se recogen los datos del paciente a través de la observación, examen físico, entrevista y exámenes adicionales.

2.3.4.2. Diagnóstico

Es el juicio clínico que se establece luego de la valoración, donde se reconocen las necesidades y/o problemas reales - potenciales de salud del individuo, familia o comunidad.

2.3.4.3. Planificación

Es el desarrollo terapéutico del plan de cuidados e intervenciones de enfermería que deberán satisfacer las necesidades y problemas identificados en el diagnóstico.

2.3.4.4. Ejecución

Se llevarán a cabo cada una de las intervenciones implementadas en el plan terapéutico.

2.3.4.5 Evaluación

Luego de ejecutar los cuidados enfermeros se analizarán los resultados obtenidos y compararán con los objetivos planteados, valorando eficacia y efectividad de dichos resultados que permitirán establecer si estos fueron o no los adecuados para posteriormente implementar un nuevo plan direccionado a los nuevos problemas.

El PAE ha demostrado, con el transcurrir de los tiempos, ser una herramienta útil y necesaria para el profesional enfermero, ya que le permite identificar factores de riesgos

y necesidades insatisfechas del individuo, ejecutar cuidados profesionales, evaluar resultados esperados - obtenidos y finalmente analizar, desde el pensamiento crítico, científico, enfermero, si el plan terapéutico implementado, logró los objetivos planteados. Por ello, el estudio de caso en desarrollo, tiene como objetivo principal establecer un plan terapéutico basado en las necesidades identificadas del paciente con accidente cerebrovascular, de acuerdo a la teoría de Henderson.

2.3.5. Taxonomía NANDA

Los cuidados de enfermería se desarrollan a partir de procesos o métodos científicos, los cuales ha permitido incorporar el uso de nuevos lenguajes estandarizados que facilitan la recolección de datos de forma sistemática, además que ayuda para la normalización de la práctica de enfermería, el lenguaje estandarizado más usado es el North American Nursing Diagnosis Association –NANDA, siendo así un lenguaje más organizado y logrado el desarrollo y clasificación de los diagnóstico de enfermería (35).

En cuanto a la fase de diagnóstico de la taxonomía NANDA, es considerada la más importante en el proceso de enfermería, ya que, se recaba todos los datos importantes mediante la valoración, el análisis y síntesis de los mismos, concluyéndose con la formulación del problema de salud, entre estos tendrán que existir una coherencia entre las manifestaciones y los factores relacionados con el diagnóstico seleccionado (35).

2.3.6. Taxonomías NOC, NIC

El lenguaje estandarizado de enfermería es un método que integra un cúmulo de identificaciones de problemas, intervenciones y resultados en los cuidados que se deben tener presentes en el momento de diagnóstico (36).

En la fase de planificación se presenta la taxonomía NOC, en lo que los resultados obtenidos de la primera fase NANDA, son seleccionados con sus valores correspondientes, los cuales se evaluará según la escala Likert de cinco valores, esto dependerá del indicador cada valor puede tener un significado (36).

En la continuación de la fase de planificación se encuentra el NIC, el cual explican una vez establecidos los objetivos, procederíamos en este apartado a la descripción de las intervenciones y actividades más adecuadas para conseguir los resultados esperados, justificando el porqué de la elección y basándonos en la NIC. Con objeto de dotar de más rigor a la elección de las intervenciones, se recomienda que éstas se contrasten con información basada en la evidencia, e incluso se hagan explícitas las fuentes de evidencia consultadas (36).

2.3.7. Bioseguridad

2.3.7.1. Definición

La bioseguridad es el conjunto de normas y procedimientos que tienen por objeto disminuir, minimizar o eliminar los factores de riesgo biológicos que puedan llegar afectar la salud o la vida de las personas. Es importante que los profesionales de la salud dentro de sus funciones apliquen las normas y protocolos de bioseguridad para la protección de la salud y seguridad personal frente a los diferentes riesgos (37).

El personal de enfermería es el responsable de prevenir y proteger la salud de los usuarios y de sí mismos, puesto que laboran de manera permanente en los tres turnos, generando posibles riesgos de infecciones y accidentes laborales, por consiguiente, bajo su responsabilidad recaen las Medidas de Bioseguridad. Por esta razón, el cumplimiento de esta actividad exige que el personal aplique los conocimientos necesarios sobre barreras protectoras, manejo de instrumentos cortopunzantes y de desechos comunes e infecciosos, evitando así la transmisión de agentes patógenos entre los pacientes, personal de salud y sus familiares.

2.3.7.2. Principios de Bioseguridad

Las medidas de bioseguridad son medidas de precaución que deben de aplicar el personal de salud al manipular elementos que tengan o hayan tenido contacto con sangre, fluidos corporales, secreciones, excreciones o tejidos del paciente; evitando accidentes por exposición a estos fluidos y reduciendo el riesgo de transmisión de microorganismos causantes de infecciones en las áreas de salud, por lo que es importante la aplicación del

uso de barreras protectoras, lavado de manos y el adecuado manejo de desechos generados en el centro (37).

La aplicación de las medidas de bioseguridad es un compromiso, pues se refiere al comportamiento preventivo del personal de salud frente a riesgos generados en sus actividades diarias. La prevención es la mejor manera de evitar los accidentes laborales de tipo biológico y las enfermedades nosocomiales.

Los beneficiarios inmediatos del cumplimiento de las medidas de bioseguridad son el personal de salud, de manera específica el de enfermería, porque es el personal que está expuesto la mayoría del tiempo de manera directa con los pacientes, y requieren de una información adecuada para evitar posibles riesgos en su salud.

Los principios básicos de la bioseguridad

- Medidas de eliminación.
- Uso de barreras.
- Universalidad.

Las precauciones universales

- Lavado de manos antes y después del contacto.
- Tipo de lavado de manos.
- Uso de protección de mucosas si se prevén salpicaduras.
- Adoptar precauciones para evitar lesiones por corte, pinchadura o salpicadura.
- Uso de ropa impermeable que cubra el tercio inferior de las piernas, torso y antebrazos.
- Mantener un estricto control de vacunación y serología con indicación y seguimiento médico.
- Uso de guantes en todo proceso relacionado con sangre o fluidos corporales.

Vías de entrada de los agentes biológicos

- Vía respiratoria.

- Vía sanguínea, por piel o mucosas.
- Vía digestiva (fecal - oral).

Clasificación de los riesgos

- Físico.
- Químicos.
- Biológicos.
- Eléctricos.

Barreras de Protección

En cuanto a las estrategias generales de prevención, estas se basan en el establecimiento de una serie de barreras. Entre estas barreras señala las siguientes:

Barreras físicas: Son los elementos que protegen al auxiliador de la transmisión de infecciones. Las barreras físicas son: guantes, mascarillas, anteojos, gorros, botas, batas.

Guantes:

- Indicación de uso: en todo proceso referido a la manipulación de sangre o fluidos corporales.
- Modo de uso: los guantes deben ser de látex, nitrilo, goma u otro material impermeable. Debe lavarse las manos antes y después de ponerse los guantes. Si usted sabe que tiene una lesión en su mano, debe aplicarse un vendaje plano antes de colocarse el guante.
- Inspeccione los guantes antes y durante el uso, si no están en buenas condiciones, no los use. Cuando se retire los guantes contaminados, hágalo con cuidado, sin tocar la parte externa y dispóngalo de modo que nadie pueda entrar en contacto con ellos.

Mascarillas:

- Indicación de uso: Cuando se prevea la formación de aerosoles, por ejemplo, víctimas que tengan hemorragias en boca o nariz al toser o estornudar pueden formar aerosoles.

- Modo de uso: la mascarilla, puede ser suplantado por ropa o un elemento impermeable sin que dificulte la respiración ni la vista del auxiliador y debe cubrir la boca y la nariz.

Anteojos:

- Indicación de uso: cuando se prevea la formación de aerosoles y en todo proceso referido a la manipulación de sangre o fluidos corporales.
- Modo de uso: los anteojos pueden ser de cualquier tipo y material. Las lentes de contacto no sirven como barrera de protección y no deben manipularse durante la atención.

El uso del gorro:

- Existen gorros de tela (reutilizables) y de papel (desechables). Se utilizan principalmente en los quirófanos, en las unidades con pacientes en situación crítica (trasplantados, inmunosuprimidos, etc.) y en los aislamientos estrictos.
- Debe cubrir todo el pelo. En el caso de tener el pelo largo, recogerlo para después cubrirlo con el gorro
- Los gorros de tela llevan unas cintas que se atan en la parte posterior de la cabeza. Los de papel llevan un elástico que se ajusta al contorno de la cabeza.

El uso de botas:

Las botas se utilizan para cubrir el calzado. Existen 2 tipos: – de tela (reutilizables); – de plástico (desechables). Hoy en día las de tela prácticamente están en desuso.

2.3.7.3. Medidas de Bioseguridad en COVID– 19

Con el mecanismo de transmisión del SARS-CoV-2 surge el nuevo reto a la salud pública mundial, los protocolos y normas de bioseguridad hospitalaria se han ajustados bajo medidas estrictas de protección, para el personal que integran la primera línea de atención como lo son los profesionales de enfermería. La Bioseguridad frente al SARS-CoV-2 implica higiene de manos con técnica adecuada, uso de equipo de protección personal

(EPP) como mascarilla, guantes, lentes o protectores faciales y gorro, esterilización y desinfección de los equipos médicos, limpieza y desinfección del ambiente.

Según la OMS el EPP que debe ser llevado a cabo por el personal de salud para la asistencia de casos sospechosos y casos confirmados de COVID-19 son los siguientes:

Personal del servicio de:	Equipo de Protección	Observaciones
Vigiladores en el sector Triage	Realiza Higiene de manos con gel alcohólico y se coloca barbijo quirúrgico	Dada la cercanía con las personas que concurren al triage.
Camilleros	Higiene de manos antes y después del contacto con todo paciente. Cuando trasladen pacientes sospechosos o casos confirmados de COVID-19, sumar: barbijo quirúrgico, camisolín, guantes, protección ocular.	Una vez realizado el traslado del caso sospechoso se retira el EPP y lo descarta en bolsa roja y se lava las manos.
Médicos y Enfermeros/a	Higiene de manos antes y después del contacto con todo paciente. Cuando asistan a pacientes sospechosos o casos confirmados de COVID-19, sumar: barbijo quirúrgico, camisolín, guantes, protección ocular	Si realiza un procedimiento que genere aerosoles utilizar barbijo N95. Durante Procedimientos: · Toma de Hisopados Oro/Nasofaríngeo · Aspiración · Intubación · Broncoscopía Use barbijo N95
Personal que maneja ropa	Higiene de manos antes de colocarse el equipo el EPP e inmediatamente después de retirarlo, barbijo quirúrgico, delantal plástico, guantes goma y protección ocular. Cuando retire la ropa sucia debe colocarla dentro de la bolsa y luego la coloca en el carro	Cuando cuente la ropa use el barbijo

Personal de RX	<p>Higiene de manos antes y después del contacto con todo paciente. Cuando asistan a pacientes sospechosos o casos confirmados de COVID-19, sumar: barbijo quirúrgico, camisolín, guantes, protección ocular</p>	<p>Recuerde: cuando este en contacto con fluidos corporales siempre debe utilizar EPP</p>
Personal de laboratorio	<p>Higiene de manos antes y después del contacto con todo paciente. Cuando asistan a pacientes sospechosos o casos confirmados de COVID-19, sumar: barbijo quirúrgico, camisolín, guantes, protección ocular</p>	<p>En todo procedimiento en el que esté indicado el uso</p>
Personal de cocina y personal administrativo	<p>Higiene de manos siempre. No requiere equipo de protección personal.</p>	<p>Recordar siempre lavado de manos</p>

2.4. Marco Legal y Ético

2.4.1. Marco Legal

2.4.1.1. Constitución de la República del Ecuador

El presente estudio se encuentra respaldado por los artículos de la Constitución de la República del Ecuador que se citan a continuación.

Título II, Sección séptima, Salud

Art. 32.- *La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir (38).*

Art. 359.- *El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social (38).*

Sección segunda:

Salud

Art. 360.- *El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas (38).*

Art. 361.- *El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y*

normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector (38).

2.4.1.2. Plan Nacional de Desarrollo Toda Una Vida 2017 – 2021

El plan Nacional de Desarrollo Toda Una Vida 2017-2021, en concordancia con los mandatos constitucionales define objetivos, políticas y metas prioritarias que en salud se puede resaltar los siguientes:

Este eje posiciona al ser humano como sujeto de derechos a lo largo de todo el ciclo de vida, y promueve la implementación del Régimen del Buen Vivir, establecido en la Constitución de Montecristi (2008). Esto conlleva el reconocimiento de la condición inalterable de cada persona como titular de derechos, sin discriminación alguna. Además, las personas son valoradas en sus condiciones propias, celebrando la diversidad. Así, nos guiamos por el imperativo de eliminar el machismo, el racismo, la xenofobia y toda forma de discriminación y violencia, para lo cual se necesita de políticas públicas y servicios que aseguren disponibilidad, accesibilidad, calidad y adaptabilidad.

Objetivo 1: *Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas.*

El garantizar una vida digna en igualdad de oportunidades para las personas es una forma particular de asumir el papel del Estado para lograr el desarrollo; este es el principal responsable de proporcionar a todas las personas – individuales y colectivas–, las mismas condiciones y oportunidades para alcanzar sus objetivos a lo largo del ciclo de vida, prestando servicios de tal modo que las personas y organizaciones dejen de ser simples beneficiarias para ser sujetos que se apropian, exigen y ejercen sus derechos (26).

2.4.1.3. Ley orgánica de salud.

De acuerdo a la Ley Orgánica de Salud, en el título primero en sus respectivos artículos menciona lo siguiente:

Art. 6.- *Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública:*

Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares(30).

Art. 8.- *Son deberes individuales y colectivos en relación con la salud:*

a) Cumplir con las medidas de prevención y control establecidas por las autoridades de salud;(30).

b) Proporcionar información oportuna y veraz a las autoridades de salud, cuando se trate de enfermedades declaradas por la autoridad sanitaria nacional como de notificación obligatoria y responsabilizarse por acciones u omisiones que pongan en riesgo la salud individual y colectiva;(30).

c) Cumplir con el tratamiento y recomendaciones realizadas por el personal de salud para su recuperación o para evitar riesgos a su entorno familiar o comunitario;(30).

d) Participar de manera individual y colectiva en todas las actividades de salud y vigilar la calidad de los servicios mediante la conformación de veedurías ciudadanas y contribuir al desarrollo de entornos saludables a nivel laboral, familiar y comunitario; y,(30)

e) Cumplir las disposiciones de esta Ley y sus reglamentos.(30)

Art. 9.- *Corresponde al Estado garantizar el derecho a la salud de las personas, para lo cual tiene, entre otras, las siguientes responsabilidades: c) Priorizar la salud pública sobre los intereses comerciales y económicos(30).*

Art. 10.- *Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados*

paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley(30).

Art. 11.- *Los programas de estudio de establecimientos de educación pública, privada, municipales y fiscomisionales, en todos sus niveles y modalidades, incluirán contenidos que fomenten el conocimiento de los deberes y derechos en salud, hábitos y estilos de vida saludables, promuevan el auto cuidado, la igualdad de género, la corresponsabilidad personal, familiar y comunitaria para proteger la salud y el ambiente, y desestimulen y prevengan conductas nocivas(30).*

Art. 12.- *La comunicación social en salud estará orientada a desarrollar en la población hábitos y estilos de vida saludables, desestimar conductas nocivas, fomentar la igualdad entre los géneros, desarrollar conciencia sobre la importancia del autocuidado y la participación ciudadana en salud. Los medios de comunicación social, en cumplimiento de lo previsto en la ley, asignarán espacios permanentes, sin costo para el Estado, para la difusión de programas y mensajes educativos e informativos en salud dirigidos a la población, de acuerdo a las producciones que obligatoriamente, para este efecto, elaborará y entregará trimestralmente la autoridad sanitaria nacional(30).*

Art. 61.- *Las instituciones públicas y privadas, los profesionales de salud y la población en general, reportarán en forma oportuna la existencia de casos sospechosos, probables, compatibles y confirmados de enfermedades declaradas por la autoridad sanitaria nacional como de notificación obligatoria y aquellas de reporte internacional. Las instituciones y profesionales de salud garantizarán la confidencialidad de la información entregada y recibida(30).*

2.4.2. Marco Ético

2.4.2.1. Derechos Humanos

Los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles.

Los derechos humanos atañen a todos los aspectos de la vida. Su ejercicio permite a hombres y mujeres conformar y determinar su propia vida en condiciones de libertad, igualdad y respeto a la dignidad humana. Los derechos humanos comprenden no sólo derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, sino también los derechos colectivos de los pueblos.

2.4.4.2. Declaración de Helsinki de la AMM

Principios básicos para toda investigación médica

11. *En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano (39).*

12. *La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno (39).*

16. *La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente. La responsabilidad de los seres humanos debe recaer siempre en una persona con capacitación médica, y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento (39).*

20. *Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados (39).*

21. *Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad (39).*

22. *En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente (39).*

23. *Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación (39).*

25. *Si una persona considerada incompetente por la ley, como es el caso de un menor de edad, es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el investigador debe obtenerlo, además del consentimiento del representante legal (39).*

26. *La investigación en individuos de los que no se puede obtener consentimiento, incluso por representante o con anterioridad, se debe realizar sólo si la condición física/mental que impide obtener el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. Las razones específicas por las que se utilizan participantes en la investigación que no pueden otorgar su consentimiento informado deben ser estipuladas en el protocolo experimental que se presenta para consideración y aprobación del comité de evaluación. El protocolo debe establecer que el consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal (39).*

30. *Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el investigador está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados. Se deben publicar tanto los resultados negativos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y cualquier posible conflicto de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación (39).*

2.4.2.3. Principios Éticos de la Enfermería

***Principio de beneficencias:** Se refiere a que los actos médicos deben tener la finalidad de ofrecer un beneficio para la persona en quien se realiza el acto, ya sea través de un medicamento o de una cirugía. De esta forma, cuando*

prescribas un tratamiento siempre debes tener en mente dos cosas: no hacer daño y beneficiar a tu paciente. Aunque parezca obvio y repetitivo, la 33 diferencia entre no dañar y mejorar la salud de los pacientes es muy importante si se toma en cuenta la gran cantidad de efectos adversos de los medicamentos, algunos de ellos fatales.

Principio de autonomía: *Tiene que ver con el derecho del paciente de decidir por sí mismo sobre los actos que se practicarán en su propio cuerpo y que pueden afectar directa o indirectamente su salud. El mayor ejemplo del respeto a la autonomía del paciente es el consentimiento informado, un aspecto muy importante en donde el paciente otorga su consentimiento para que cualquier procedimiento médico sea practicado en su persona, debido a que todo acto médico puede tener efectos indeseables e impredecibles.*

Principio de no maleficencia: *Se le considera como el principio más importante y significa que cualquier acto médico debe tener como único objetivo no hacer daño al paciente.*

Principio de justicia: *En este principio, el médico se ve obligado a tratar a cada paciente como le corresponde, sin más ni menos atributos que los que su condición amerita. Este principio eleva la idea de tener servicios de salud de óptima calidad accesibles para toda la gente de manera equitativa.*

2.4.2.4. Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería

Artículos más relevantes en cuanto a aspectos éticos para el personal de enfermería del Ecuador:

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) adoptó por primera vez un Código internacional de ética para enfermeras en 1953. Después se ha revisado

y reafirmado en diversas ocasiones, la más reciente es este examen y revisión completados en 2012 (40).

La enfermera y las personas: La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería. Al dispensar los cuidados, la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad (40).

La enfermera y la práctica: La enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua. La enfermera mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidado (40).

La enfermera y la profesión: A la enfermera incumbirá la función principal al establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería; contribuirá activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación (40).

La enfermera y sus compañeros de trabajo: La enfermera mantendrá una relación de cooperación con las personas con las que trabaje en la enfermería y en otros sectores; adoptará las medidas adecuadas para preservar a las personas, familias y comunidades cuando un compañero u otra persona ponga en peligro su salud (40).

Privacidad y Confidencialidad. - Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

Consentimiento informado. - La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente (40).

CAPÍTULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1 Diseño de la investigación

Para dar cumplimiento con los objetivos planteados, se utilizó un enfoque de investigación mixto y no experimental.

Mixto: la investigación mixta consiste en recopilar, analizar e integrar tanto investigación cuantitativa como cualitativa. Se utiliza cuando se requiere una mejor comprensión del problema de investigación, y que no se podría dar cada uno de estos métodos por separado (41).

No experimental: es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables, es decir; una investigación donde no se hace variar intencionalmente las variables independientes; lo que se hace es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos (42), por lo cual se va a recolectar datos en forma pasiva y no va a alterar las variables de la investigación.

De campo: ya que la investigación de campo permitirá analizar el problema de acuerdo a su realidad, es decir en el mismo lugar de los hechos, en el Hospital San Vicente de Paúl.

3.2 Tipo de la investigación

El tipo de investigación del presente estudio es descriptivo y de corte transversal.

Descriptivo: Ya que implica estudiar situaciones que generalmente ocurren en condiciones naturales, más que aquellos que se basan en situaciones experimentales. Conciene y es diseñado para describir la distribución de variables, sin considerar hipótesis causales o de otra naturaleza (43), permitió hacer un detalle o descripción sobre las intervenciones de enfermería (como objeto de estudio) y como se manifiestan sus dimensiones fundamentales y variables de interés.

Transversal: Porque los datos fueron recogidos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado, es como tomar una fotografía de algo que sucede (44). En este caso, la recolección de la información se realizó en un período determinado mayo 2021.

3.3 Localización y ubicación del estudio

El presente estudio se realiza en los servicios de Emergencia/ Triage Respiratorio; Medicina Interna del hospital San Vicente de Paúl que se encuentra ubicado en la ciudad de Ibarra, provincia de Imbabura misma que está ubicada en la región Sierra Norte del Ecuador.

3.4. Universo

El universo estará constituido por todo el personal de Enfermería del Hospital San Vicente de Paúl de la Ciudad de Ibarra, 2021.

3.4. 1 Población de estudio

En esta investigación la población de estudio está constituida por el personal de Enfermería que laboró en los servicios de: Emergencia / Triage Respiratorio; Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl durante el mes de mayo de 2021.

3.4.2 Muestra

Para el estudio se trabaja con todo el marco muestral de los profesionales de enfermería de los servicios mencionados en el período señalado y que cumplieron los criterios de inclusión.

3.4.3 Criterios de inclusión

- Personal de enfermería que estén trabajando en la gestión del cuidado y en la atención directa de pacientes de los servicios señalados.
- Personal de enfermería que se encuentre laborando en los servicios mencionados durante el período de investigación.

- Personal de enfermería que aceptó participar voluntariamente en la investigación, mediante consentimiento informado.

3.4.4 Criterios de exclusión

- Profesionales que manifiesten su deseo de no participar en el estudio.
- Personal que se encuentre de vacaciones, permisos u otras causas en el momento de la recolección de la información.
- Personal que se encuentre en reposo médico durante la recolección de la información.

3.5. Operacionalización de Variables

Objetivo 1: Caracterizar a la población en estudio de acuerdo a variables sociolaborales.

Variable	Definición	Dimensión	Tipo de Variable	Escala	Técnica/ Instrumento
Características socio laborales de la población en estudio: edad, etnia, carga horaria laboral, estado de convivencia de la población, parámetro de tiempo.	Conjunto de características socio laborales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles (45).	Edad cronológica	Cuantitativa Continua	<ul style="list-style-type: none"> • Número de años cumplidos 	Encuesta/ cuestionario
		Clasificación de la Etnia	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Mestiza • Indígena • Afroecuatoriana • Otros 	
		Carga Horaria Laboral	Cuantitativa Continua	<ul style="list-style-type: none"> • Número de Horas 	
		Estado de convivencia de la población	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Unión libre • Viuda 	
		Parámetro de Tiempo	Cuantitativa Continua	<ul style="list-style-type: none"> • Número de años 	

Objetivo 2: Valorar el nivel de conocimiento y la aplicación de las intervenciones de enfermería aplicados en la práctica asistencial en relación con el protocolo de Atención en adultos con COVID-19 sin complicaciones respiratorias que rige a las Instituciones Hospitalarias del Ministerio de Salud Pública.

Variable Operacionales	Definición	Dimensión	Tipo de Variable	Escala	Técnica/ Instrumento
Protocolo de Atención MSP	Un protocolo de COVID -19 es un conjunto de intervenciones que se maneja con indicadores que deben ser cumplidos por el personal de salud (46).	Conocimiento del Protocolo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No	Encuesta/ Cuestionario
Proceso de atención de enfermería según Virginia Henderson	Según Virginia Henderson manifiesta que: La enfermera debe ser capaz no sólo de valorar las 14 necesidades del paciente, sino también las condiciones y estados patológicos que las alteran, mediante la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) (47). Proceso sistemático que valora las necesidades del paciente y	Valoración	Cualitativa Nominal	Escala Likert (1-5) Nunca Casi nunca A veces Casi Siempre Siempre	Encuesta/ Cuestionario
		Diagnóstico		Escala Likert (1-5) Nunca Casi nunca A veces Casi Siempre Siempre	

	las condiciones y estados patológicos para valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar.	Planificación		Escala Likert (1-5) Nunca Casi nunca A veces Casi Siempre Siempre	
		Ejecución		Escala Likert (1-5) Nunca Casi nunca A veces Casi Siempre Siempre	
		Evaluación		Escala Likert (1-5) Nunca Casi nunca A veces Casi Siempre Siempre	

Objetivo 3: Socializar los principales resultados de la investigación al personal de enfermería de los servicios de emergencia y medicina interna.

Variable	Definición	Dimensión	Tipo de Variable	Escala	Instrumento
Póster Científico	El póster científico constituye un tipo de comunicación que tiene como objetivo presentar de manera clara y concisa los resultados, contribuciones y métodos relacionados de un trabajo de investigación (48)	Estrategia comunicacion al	Cualitativa	Si No	Guión

3.6 Métodos de recolección de información

Técnicas:

Las técnicas de recolección de datos que se utilizó en el estudio fueron: la encuesta, la entrevista en profundidad y la lista de chequeo.

Encuesta: Es el conjunto de preguntas especialmente diseñadas y pensadas para ser dirigidas a una muestra de población, que se considera por determinadas circunstancias funcionales al trabajo, representativa de esa población, con el objetivo de conocer la opinión de la gente sobre determinadas cuestiones corrientes (49). Esta permitirá la recolección de información en función de los objetivos que se pretenden en la investigación para evaluar el nivel de cumplimiento del protocolo de Atención Enfermero del paciente COVID-19 del Hospital General San Vicente de Paúl (**anexo 1**)

Entrevista en Profundidad: es un método o sistema de recolección de datos que brinda la facilidad de hacer una recolección de una amplia cantidad de información relacionada con la actitud el comportamiento y la percepción de las personas entrevistadas (50). En el estudio la entrevista semiestructurada fue aplicada a las coordinadoras de los servicios con el fin de obtener información específica relacionada con los protocolos de atención para COVID-19 vigentes en la institución de salud (**anexo 2**)

Instrumentos:

Los instrumentos de recolección de datos que se utilizaron en el estudio fueron: el cuestionario, guía de entrevista y la lista de chequeo.

- **Cuestionario:** Un cuestionario es aquel que plantea una serie de preguntas para extraer determinada información de un grupo de personas (51). El cuestionario fue validado por un conjunto de 3 expertos; dicho instrumento estuvo conformado por dos bloques:

En el primer bloque se valoran algunas características sociolaborales de la población estudiada: edad, etnia, estado civil, tiempo que labora en la institución, horas que labora en el hospital.

El segundo bloque consta de un conjunto de preguntas asociadas a las variables y dimensiones contempladas en ellos componentes del protocolo de Atención de Enfermería a pacientes adultos con COVID-19 sin complicaciones respiratorias.

Los primeros ítems están relacionados con las dimensiones: nivel de conocimientos, proceso de atención de enfermería, identificación de las 14 necesidades de Virginia Henderson, diagnósticos NANDA, estas preguntas son de opción múltiple, desde la pregunta 8 hasta la 21.

Para valorar la aplicación de las intervenciones de Enfermería (NIC), se utilizó una escala Likert: (1= en desacuerdo), (2=medianamente de acuerdo) y (3=de acuerdo), pregunta 22 con sus respectivos ítems.

El puntaje total obtenido es el resultado de la multiplicación de la frecuencia y el valor numérico según la escala de Likert: $P = f * c$

PjT: Es la suma del valor de P de los niveles de cada escala.

FT: Es la frecuencia total que corresponde a los 40 usuarios encuestados.

Por último, para determinar el promedio final de cada ítem se divide la suma de PT y la frecuencia total: promedio total = PjT/FT .

- **Guía de Entrevista:**

La entrevista en profundidad es una técnica de obtener información mediante una conversación profesional con una o varias personas, para un estudio analítico de investigación o para contribuir en diagnósticos o tratamientos sociales (41).

La guía partió de preguntas generadoras sobre: existencia de protocolos de atención a pacientes con COVID 19, sin complicaciones respiratorias; Aplicación de proceso de atención de enfermería; Satisfacción de Necesidades alteradas; Estrategias implementadas para la adherencia del personal de enfermería en el cuidado de pacientes con COVID-19; Dotación de insumos, materiales y medios de protección para la atención de pacientes con COVID 19; Principales problemáticas de salud que ha presentado el personal de enfermería durante esta pandemia.

- **Check list**

Es una herramienta de investigación que consiste en una serie de preguntas ordenadamente y de manera sistemática que se utilizan para hacer comprobaciones de actividades o productos asegurándose de que el trabajador o inspector no se olvide de nada importante (52). Este instrumento sirvió para verificar mediante una lista de criterios de conformidad y no conformidad el cumplimiento de los requisitos exigidos en el protocolo del MSP en relación con la atención del paciente con COVID 19 sin complicaciones respiratorias (anexo 3).

- **Triangulación de Fuentes**

Se realizó con la finalidad de analizar la adherencia al protocolo desde la perspectiva de los diferentes actores inmersos en el cumplimiento del protocolo del MSP. La triangulación en investigación se refiere al uso de varios métodos (tanto cuantitativos como cualitativos), de fuentes de datos, de teorías, de investigadores o de ambientes en el estudio de un fenómeno, dentro del marco de una investigación cualitativa, la triangulación comprende el uso de varias estrategias al estudiar un mismo fenómeno, por ejemplo, el uso de varios métodos (entrevistas individuales, grupos focales o talleres investigativos). Al hacer esto, se cree que las debilidades de cada estrategia en particular no se sobreponen con las de las otras y que en cambio sus fortalezas sí se suman (53).

Validez y Confiabilidad

Para validar la consistencia interna del instrumento se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach. El alfa de Cronbach es un coeficiente que sirve para medir la fiabilidad de una escala de medida, es decir es una media de las correlaciones entre las variables que forman parte de la escala. Puede calcularse de dos formas: a partir de las varianzas (alfa de Cronbach) o de las correlaciones de los ítems (Alfa de Cronbach estandarizado) (54).

Tabla 1.

Análisis de Alfa de Cronbach

Alfa de Cronbach	Nro. de Ítems	Variables
0,795	20	Calidad del Servicio
0,811	9	Grado de cumplimiento del protocolo

La validez externa del instrumento tiene en cuenta el juicio de especialistas, como parte del proceso de rigurosidad metodológica sobre la confiabilidad de los contenidos del protocolo de Atención de Enfermería a pacientes adultos con COVID-19 sin complicaciones respiratorias.

3.7 Análisis de datos

La recolección de datos se llevó a cabo en los meses de mayo a julio de 2021; para posteriormente realizar la tabulación y análisis de datos mediante un análisis univariado utilizando la estadística descriptiva y para su presentación tablas y gráficos. Para el procesamiento de los datos se contó con el soporte del paquete estadístico Excel de Office 2020. En el análisis de las entrevistas se realizó la codificación en sentido amplio y comprendió los procedimientos de conceptualización, reducción, elaboración y vinculación de los datos con el uso del software auxiliar para el análisis cualitativo ATLAS. Ti versión 7 el programa permite “citar”, es decir, seleccionar fragmentos textuales relevantes y “comentar” citas, es decir, añadir información o reflexiones a dichos

fragmentos. Esta operación inicial permite empezar a pensar en qué conceptos pueden elaborarse para aludir a los registros. Esta operación es análoga a la que se realiza cuando se subraya, señala entre corchetes o resalta en distintos colores las entrevistas impresas en papel, así como cuando se realizan anotaciones al margen, todo lo cual constituye una alternativa igualmente válida para la enseñanza (55).

CAPÍTULO IV

4. Resultados de la investigación

En este capítulo se expone el análisis de los resultados obtenidos, a través de la aplicación de los instrumentos de investigación. Dichos resultados se representan en tablas y gráficos producto del análisis de la información obtenida de cada una de las dimensiones por indicador.

Tabla 1: Características socio – laborales

Características Socio Laborales	Frecuencia	Porcentaje
N=40		
Edad		
25 - 30	22	55%
31 - 35	3	8%
36 - 40	4	10%
41 o más	11	27%
Etnia		
Mestiza	37	92%
Indígena	2	5%
Afroecuatoriana	1	3%
Estado Civil		
Soltera	19	47%
Casada	15	38%
Divorciada	3	8%

Unión Libre	2	5%
Viuda	1	3%
Tiempo que labora en la institución		
1 - 4 años	23	57%
5 - 8 años	6	15%
9 - 12 años	2	5%
más de 12 años	9	23%
Horas que labora en el Hospital		
12 horas	35	88%
8 horas	3	8%
más de 12 horas	2	5%

En la tabla 1 podemos observar que, en un porcentaje superior a la media, el personal que labora se encuentra en un rango de edad que oscila entre los 25 – 30 años, la mayoría de ellos se auto identificaron como mestizos y de estado civil solteros/as. Según los años de experiencia laboral, un porcentaje ligeramente superior a la media labora entre (1- 4 años); con un porcentaje inferior, el personal labora por (más de 12 años) y en menor porcentaje en el rango de (8 a 12 años); asimismo se destaca un alto porcentaje que labora en promedio 12 horas diarias.

Existiendo similitud con el estudio realizado por Bautista (56), donde el género predominante es el femenino con el 100%; en cuanto a la experiencia laboral oscilan entre 4 – 15 años de ejercicio en su profesión. De igual manera Guarate (57), indica que el 37% de profesionales laboran en un tiempo estimado de 2- 5 años, seguidamente del 19% entre 5 – 10 y el 12% entre 10 - 15.

Tabla 2: Nivel de conocimiento en el personal de enfermería

Ha mantenido Ud. contacto con pacientes sospechoso o diagnosticados con la COVID-19	Frecuencia	Porcentaje
Si	40	100%
Normativa se utiliza en el hospital para el manejo del paciente COVID-19		
Protocolos	22	55%
Guías	7	17,5%
Manuales	6	15%
Capacitaciones	5	12,5%
¿Ha recibido capacitaciones sobre la Atención de Enfermería en pacientes con la COVID-19?		
Si	38	95%
No	2	5%
¿Se siente adecuadamente capacitado sobre el proceso de atención de enfermería en pacientes con la COVID-19?		
Si	37	92,5%
No	3	7,5%

Del análisis de la tabla, se desprende que la totalidad de los profesionales de enfermería de los servicios estudiados, tuvieron contacto con pacientes sospechoso o diagnosticados con la COVID-19. En relación a la normativa que se utiliza en el hospital para el manejo del paciente COVID-19, alrededor de la media afirmaron utilizar protocolos, en un porcentaje alto destacan a la capacitación como medio de formación para la atención de

enfermería en estos pacientes, un mínimo porcentaje recurrió a las guías clínicas como fuente de evidencia para brindar la atención.

Al comparar dichos resultados con un estudio realizado por Calupiña (16), se encuentra similitud en el nivel de conocimientos del personal de enfermería, este estudio tuvo por objetivo proporcionar un documento que sirva de guía para mejorar la atención y manejo de casos de COVID-19, en el segundo nivel de atención, con base a la revisión y análisis de la mejor evidencia publicada hasta la fecha. Menciona que el nivel de conocimiento que refirieron los encuestados sobre información general de la COVID-19, el riesgo de una pandemia es que no todos los pacientes que necesitan atención la recibirán con un estándar adecuado. Además, cuando existe un aumento en la demanda de los sistemas de salud pueden verse obligados a negarse el tratamiento a algunos pacientes para asegurar el tratamiento de otros que tengan mejor pronóstico. Los cuidados paliativos son esenciales para proporcionar apoyo físico, psicosocial y espiritual. Aliviar el dolor y el sufrimiento ya sea físico o espiritual.

Tabla 3: Conocimientos sobre COVID-19

Definición de la COVID-19	Frecuencia	Porcentaje
La COVID-19 es la enfermedad infecciosa causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2.	36	90%
La COVID-19 es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus o virus MERS-CoV.	3	7,5%
La COVID-19 es la enfermedad no infecciosa causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2.	1	2,5%
¿Mecanismos de transmisión de la COVID-19?		
Humano– humano: Por gotas respiratorias a través de las secreciones de personas infectadas y de secreciones nasofaríngeas, incluyendo la saliva.	39	97,5%
Humano– humano: Por gotas respiratorias a través de las secreciones de personas no infectadas y de secreciones nasofaríngeas, sin incluir la saliva.	1	2,5%
Período de incubación de la COVID-19		
El periodo de incubación mediano es de 5-6 días, con un rango de 1 a 14 días.	28	70%
El periodo de incubación mediano es de 2-5 días, con un rango de 1 a 20 días.	6	15%
El periodo de incubación mediano es de 8-10 días, con un rango de 1 a 20 días.	6	15%
Síntomas, ha identificado Ud. en los pacientes que ingresan con sintomatología de la COVID-19		
Fiebre, tos seca, cansancio, pérdida de gusto/olfato, disnea, malestar general	40	100%
Pacientes con mayor vulnerabilidad para la COVID-19		

Personas mayores de 55 años, personas con diabetes, hipertensión, problemas renales y personas con diagnóstico de VIH/SIDA.	37	92,5%
Personas con diabetes, hipertensión, problemas renales.	3	7,5%

Del análisis de la tabla que precede, se observa los resultados acerca de los conocimientos que posee el personal de enfermería sobre la COVID-19, un porcentaje significativamente alto poseen una conceptualización correcta sobre la enfermedad y los mecanismos de transmisión. Con respecto al período de incubación alrededor de las tres cuartas del personal de enfermería responden de forma correcta (5-6 días, con un rango de 1 a 14 días). Por otra parte, todo el personal de enfermería conoce sobre la sintomatología más frecuente de la COVID-19 (fiebre, tos seca, cansancio, pérdida de gusto/olfato, disnea, malestar general) y en un porcentaje menor responden de forma correcta la pregunta relacionada con la vulnerabilidad de la población frente a la COVID-19 (mayores de 55 años, personas con diabetes, hipertensión, problemas renales y personas con diagnóstico de VIH/SIDA).

Al comparar dichos resultados con un estudio realizado por García et al. (58) en Cuba, se encuentra similitud sobre conocimientos de la COVID-19, la prevención mediante el aislamiento social y el empleo de la pesquisa, son dos tecnologías sanitarias que permite adelantarse y marcar una diferencia en el curso de esta enfermedad, seguida por la pesquisa clínica realizada por el médico de la familia y los grupos de expertos que realizan interrogatorio y examen físico y clasifican de manera acertada según protocolos; la tercera pesquisa incluye necesariamente el empleo de los exámenes complementarios, test rápidos o PCR según indicaciones establecidas por el Ministerio de Salud Pública, esta nos va a determinar los casos confirmados, y por último, la pesquisa epidemiológica dirigida a los casos confirmados con el objetivo de establecer sus contactos. Esta evaluación resulta de extraordinaria importancia la primera pesquisa, sobre todo si tenemos presente la elevada prevalencia de casos Asintomáticos (sin expresión clínica), que se están determinando día tras día.

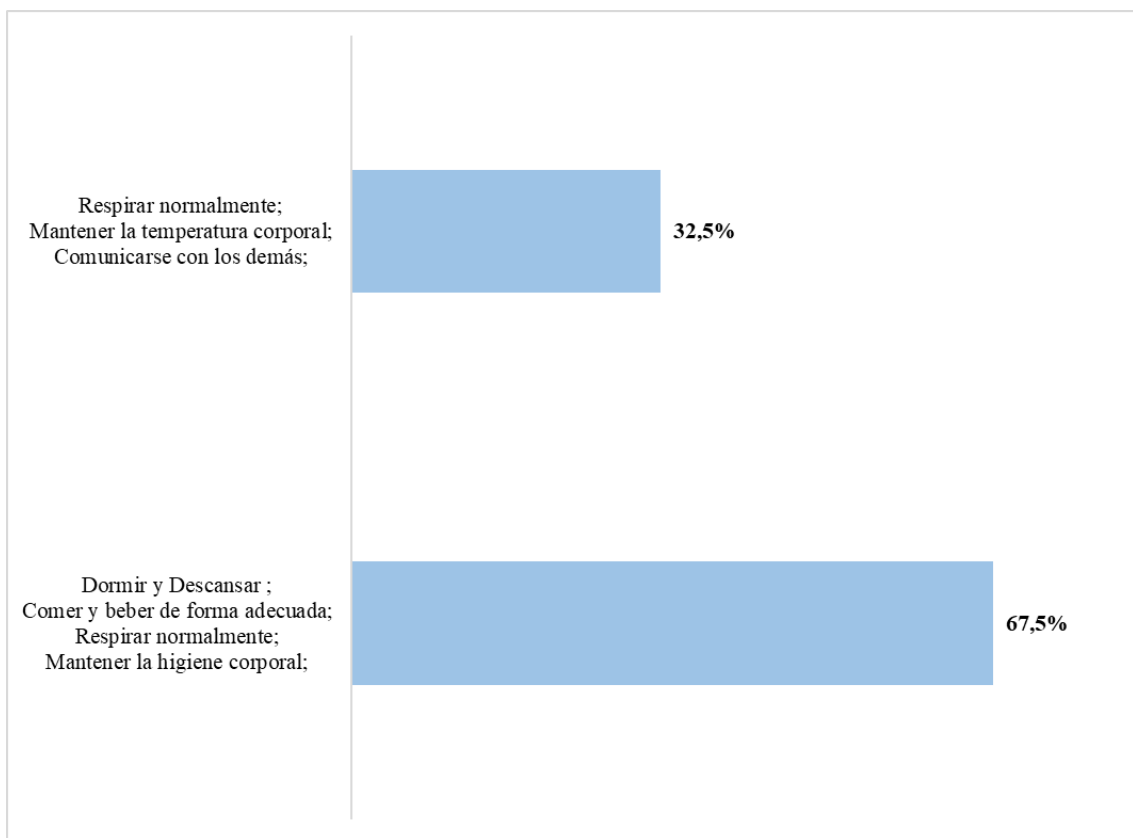
Tabla 4: Normas de Bioseguridad ante la COVID-19

Medidas de bioseguridad implementadas para reducir la probabilidad de exposición al virus SARS CoV-2 en el proceso de atención de enfermería	Frecuencia	Porcentaje
Higiene de manos, uso de equipo de protección personal (mascarilla N-95, guantes, bata, gorro, gafas)	33	82,5%
Higiene de manos, uso de equipo de protección personal (mascarilla, guantes, bata, gorro, gafas)	7	17,5%
Ha recibido información y formación sobre el manejo de equipos de protección individual		
Si	39	97,5%
No	1	2,5%
Las fases del proceso enfermero del protocolo de Atención de Enfermería a pacientes adultos con COVID – 19 sin complicaciones respiratorias son: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.		
Verdadero	39	97,5%
Falso	1	2,5%
El proceso de Atención de Enfermería es: sistemático, cíclico y racional para planificar y prestar cuidados de enfermería al paciente de forma integral e individualizada.		
Verdadero	39	97,5%
Falso	1	2,5%

Del análisis de la tabla se determina que existe un alto porcentaje del personal de enfermería que aplica las normas de bioseguridad ante la COVID-19 especialmente en lo relacionado al lavado de manos y uso de equipo de protección. Cabe destacar que en un porcentaje inferior los profesionales afirmaron que han recibido información y formación sobre el manejo de equipos de protección individual, el proceso de atención de enfermería y sus fases para la atención a pacientes adultos con COVID – 19.

Según un estudio realizado por De Bortoli et al. (59), existe similitud debido a que indicaron como prioridad e importancia de disponer de profesionales de salud cumplan las normas de Bioseguridad ante la COVID-19, en número adecuado a las necesidades de cuidados y con buenas condiciones de trabajo incluyendo equipos de protección individual y otros recursos, apoyo al trabajo en equipo y educación continuada, así como el rol relevante que desempeñan los profesionales de enfermería en los sistemas de salud. Los profesionales de enfermería son la primera línea de atención y cuidados y tienen un rol crucial en la mejora del acceso y de la calidad de la atención de salud.

Figura 2: Percepción de los profesionales de enfermería sobre la atención basada en las 14 necesidades de Virginia Henderson.

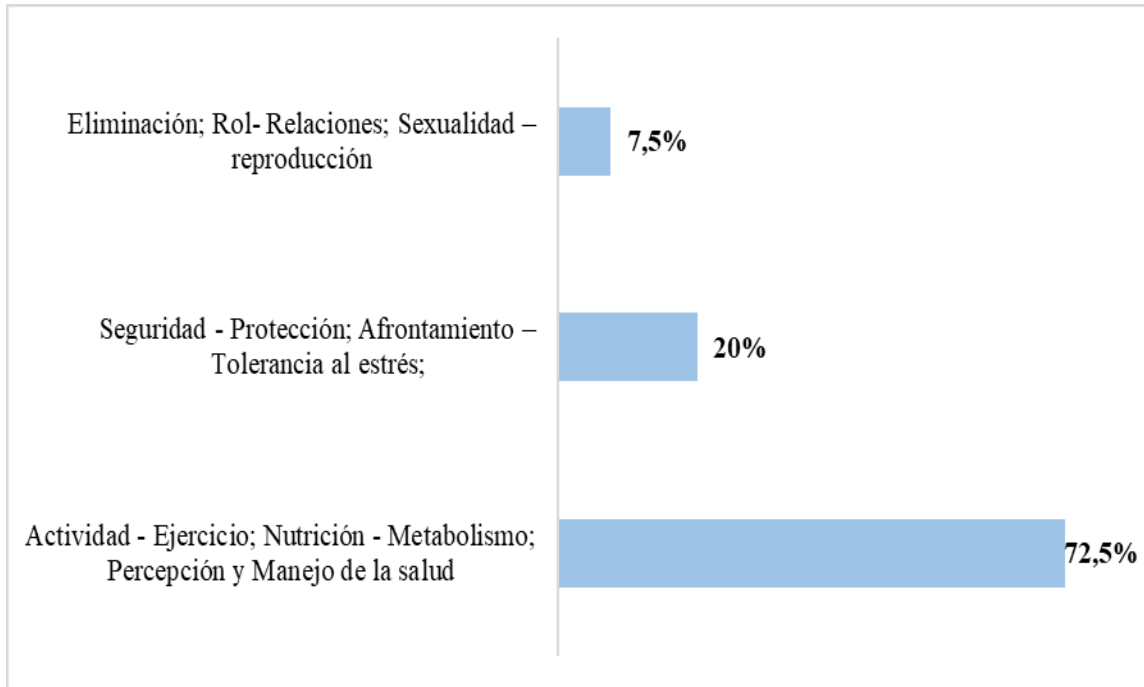


Del análisis de la figura 2, podemos observar que el personal de enfermería de la Institución identifica dentro de su práctica asistencial, los problemas del paciente de acuerdo a las necesidades básicas humanas, desde la postura teórica de Virginia

Henderson. Sobre estos supuestos teóricos, se destaca que en la atención a pacientes adultos con COVID-19, las mayores necesidades de los pacientes fueron dormir y descansar; comer y beber de forma adecuada; respirar normalmente; mantener la higiene corporal; y en un porcentaje por debajo de la media las necesidades de respirar normalmente; mantener la temperatura corporal; comunicarse con los demás.

En relación a la percepción de los profesionales de enfermería sobre la atención basada en las 14 necesidades de Virginia Henderson, existe similitud con el estudio de Fraguas et al. (60), donde la estancia del paciente en el servicio de urgencias duró aproximadamente 3 horas. En ese periodo de tiempo, se consiguió estabilizar a un paciente cuyo pronóstico era muy grave, gracias a la rapidez no solo en la atención sino en la toma de decisiones en las que se destacan el sueño y descanso con la imposibilidad de conciliar el sueño en las últimas horas debido al alto nivel de disnea, la alimentación considerándose un paciente normohidratado, además permanece en ayunas durante su estancia en urgencias. Y el de respirar normalmente donde su temperatura es de 38, 9° C, SatO2 80% basal, 88% con reservorio a 15 litros, 99% intubado. Además, presentando opacidades pulmonares e infiltrados compatibles con neumonía por coronavirus distribuidas por todos los campos pulmonares vistas en radiografía de tórax y TAC.

Figura 3: Valoración de enfermería según patrones funcionales en la atención a pacientes con COVID – 19 sin complicaciones respiratorias



Como se puede apreciar en la figura 3, existe un gran dominio científico de los profesionales de enfermería para valorar los problemas de los pacientes por patrones funcionales descritos en el protocolo del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Con porcentajes superiores a la media (72%), los patrones más alterados fueron: (Patrón 4) actividad – ejercicio, (Patrón 2) nutrición – metabolismo, (Patrón 7) percepción y manejo de la salud, con un porcentaje por debajo de la media se señalan a los patrones de (Patrón 10) seguridad – protección, afrontamiento – tolerancia al estrés y en un mínimo porcentaje los relacionados con la eliminación y el rol- relaciones (Patrón 8); sexualidad – reproducción (Patrón 9).

En relación a la valoración de enfermería según patrones funcionales en la atención a pacientes con COVID – 19 sin complicaciones respiratorias, existe similitud con el estudio de Toyohama et al. (61), donde se promovía la recuperación del paciente con un bienestar de salud y durante las horas de recuperación se brindó el cuidado individualizado disminuyendo algunos de los problemas evidenciado mejoría tanto física, psicológica y

espiritual, además que se necesita ayuda de otros profesionales de la salud para lograr la total recuperación del paciente.

Tabla 5: Intervenciones de enfermería de acuerdo al protocolo de Atención de enfermería en pacientes con COVID 19 sin complicaciones respiratorias.

	De Acuerdo		Medianamente de Acuerdo		En Desacuerdo	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Oxigenoterapia						
Monitorización de signos vitales	37	92,5%	2	7,5%	0	0%
Manejo de la Medicación - Control Intestinal.	20	50%	20	50%	0	0%
Monitorización de líquidos - Tratamiento de la fiebre.	32	80%	7	17,5%	1	2,5%
Regulación de la temperatura.	36	90%	3	7,5%	1	2,5%
Vigilancia de la piel	39	75%	8	20%	2	5%
Control de Infecciones						
Educación para la Salud.	29	72,5%	9	22,5%	2	5%

Del análisis de la tabla se desprende que el mayor porcentaje del personal de enfermería, considera como intervenciones prioritarias de acuerdo al protocolo la oxigenoterapia y la monitorización de signos vitales, regulación de la temperatura, monitorización de líquidos y el tratamiento de la fiebre. Con niveles superiores a la media: la vigilancia de la piel y el control de infecciones y la educación para la salud; por el contrario, con porcentajes iguales a la media se encuentran las intervenciones sobre el manejo de la Medicación - Control Intestinal.

En relación a las intervenciones, existe similitud con el estudio de Gimeno et al. (13) donde las intervenciones de enfermería de acuerdo al protocolo de Atención de enfermería en pacientes con COVID-19 sin complicaciones respiratorias para los casos que presentan

cuadros leves, moderados o graves, entre los más destacados son: el control de signos y síntomas, la monitorización de la saturación de oxígeno y administración de oxigenoterapia, la detección precoz de agravamiento clínico y actuación, también se mencionan la administración de tratamiento sintomático, la nutrición/hidratación y también la actividad, descanso y sueño como también los cuidados paliativos.

Tabla de Contingencia 1: Nivel de Adherencia de los Profesionales de Enfermería al Protocolo del MSP.

Criterios	Adherencia al Protocolo de Atención del MSP	
	V de Cramer	coeficiente de lambda
Años de experiencia laboral	0,50	0,48
Nivel de conocimientos del COVID-19	0,87	0,86
Nivel de conocimientos sobre el PAE	0,85	0,75
Nivel de conocimientos sobre las necesidades de Virginia Henderson	0,65	0,56
Identificación de Patrones funcionales (Marjorie Gordon)	0,73	0,56
Intervenciones de enfermería aplicadas en la práctica asistencial	0,73	0,56

En la tabla de contingencia que precede se muestra el cálculo del coeficiente Cramer, para establecer la posible asociación que existe entre las variables y el coeficiente de lambda para valorar la posible direccionalidad de asociación entre las variables predictoras y la variable principal. Obteniéndose una relación moderada entre las variables de acuerdo a los años de experiencia del personal de enfermería, existe relación fuerte entre las variables de acuerdo al nivel de conocimientos del COVID-19, PAE, sobre las necesidades de Virginia Henderson, la identificación de patrones funcionales (Marjorie Gordon) y con las intervenciones de enfermería aplicadas en la práctica asistencial respectivamente.

- **Resultados de las Entrevistas**

A continuación, se presentan los resultados más representativos obtenidos a partir de las valoraciones de las líderes de Enfermería de los servicios de Emergencia y Medicina Interna que participaron en la investigación.

Para profundizar en el tema tratado, se recurrió a la aplicación de una entrevista estructurada a las líderes de Enfermería de los servicios de Emergencia y Medicina Interna que participaron en la investigación; que a la vez tienen responsabilidades institucionales en la orientación como líderes. Las valoraciones principales circundan alrededor de los aspectos siguientes:

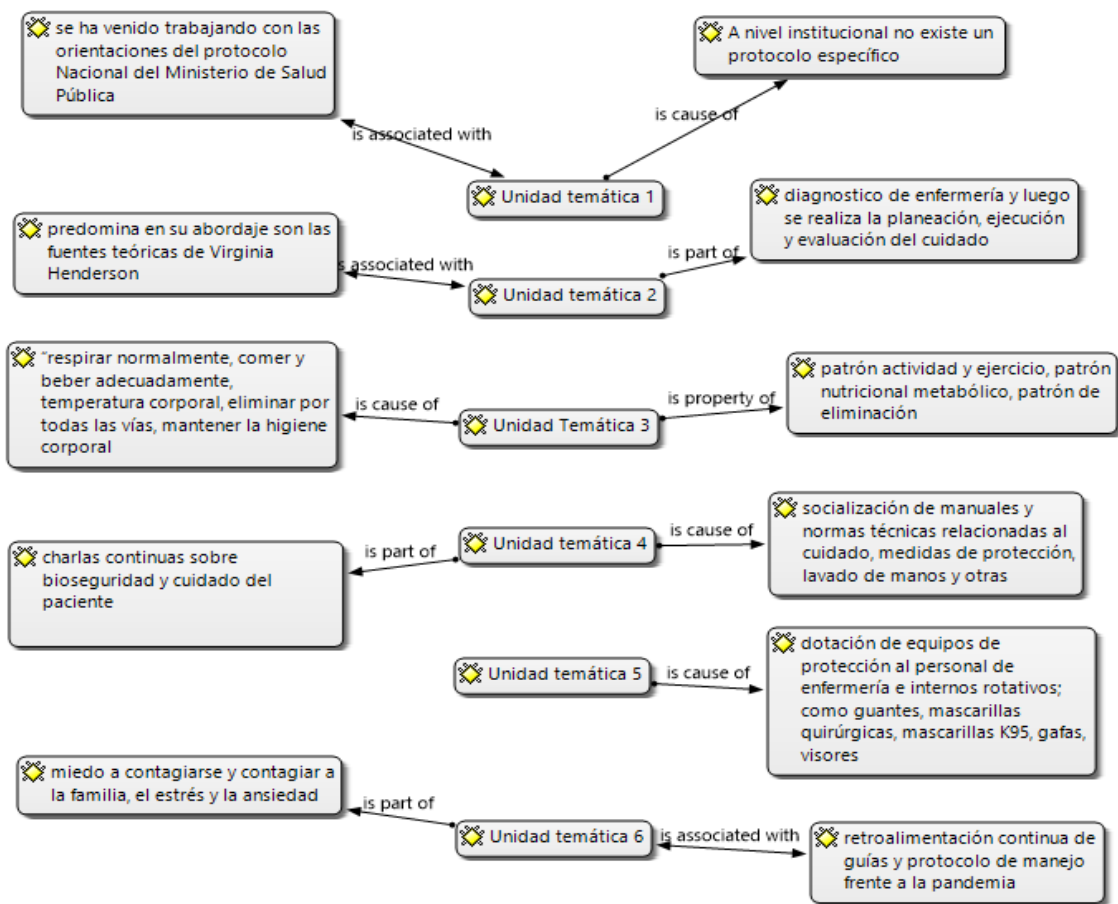


Figura 4: Síntesis Análisis de Contenido Entrevistas Profesionales de Enfermería.
Fuente: Elaboración propia en Atlas Ti.

Unidad temática 1: Existencia de protocolos de atención a pacientes con COVID 19, sin complicaciones respiratorias:

- **Entrevistado 1 y 2:** Al indagar sobre la existencia de protocolos para la atención de pacientes con COVID 19 sin complicaciones respiratorias, las líderes respondieron *“A nivel institucional no existe un protocolo específico, pero está en proceso de elaboración; razón por la cual se ha venido trabajando con las orientaciones del protocolo Nacional del Ministerio de Salud Pública”*.

Unidad temática 2: Aplicación de proceso de atención de enfermería:

- **Entrevista 1:** En cuanto al proceso de atención de enfermería, *“lo que predomina en su abordaje son las fuentes teóricas de Virginia Henderson de las catorce necesidades básicas”*.
- **Entrevistado 2:** Se identifica *“la necesidad problemas que están afectando al paciente (Valoración de Enfermería), se establece el diagnostico de enfermería y luego se realiza la planeación, ejecución y evaluación del cuidado”*.

Unidad Temática 3: Satisfacción de Necesidades alteradas:

- **Entrevistado 1:** Entre las necesidades alteradas que se identifica como prioritarias en atención del paciente con COVID 19 sin complicaciones se destacan: *“respirar normalmente, comer y beber adecuadamente, temperatura corporal, eliminar por todas las vías, mantener la higiene corporal”*.
- **Entrevistado 2:** Un aspecto a destacar de este entrevistado es que se señala que los patrones principalmente alterados en pacientes con COVID 19 tenemos: *“patrón actividad y ejercicio, patrón nutricional metabólico, patrón de eliminación”*

Unidad temática 4: Estrategias implementadas para la adherencia del personal de enfermería en el cuidado de pacientes con COVID 19.

- **Entrevistado 1:** En cuanto a las Estrategias que *“se han implementado para brindar una atención a los pacientes con COVID; tenemos charlas continuas sobre bioseguridad y cuidado del paciente”*.
- **Entrevista 2:** Respecto a esta pregunta, se responde que *“otra estrategia implementada fue la socialización de manuales y normas técnicas relacionadas al cuidado, medidas de protección, lavado de manos y otras”*.

Unidad temática 5: Dotación de insumos, materiales y medios de protección para la atención de pacientes con COVID 19.

- **Entrevistado 1 y 2:** Señalan que el hospital cuenta con los insumos básicos requeridos para la atención del paciente COVID; resaltando en la *“dotación de equipos de protección al personal de enfermería e internos rotativos; como guantes, mascarillas quirúrgicas, mascarillas K95, gafas, visores”*.

Unidad temática 6: Principales problemáticas de salud que ha presentado el personal de enfermería durante esta pandemia

- **Entrevistado 1:** En cuanto a las problemáticas que *“se han presentado para brindar una atención a los pacientes con COVID; miedo a contagiarse y contagiar a la familia, el estrés y la ansiedad entre las principales”* por ello como coordinadora he implementado estrategias de capacitación continua para que los profesionales de enfermería desarrollen habilidades como la trabajo en equipo, adaptabilidad y creatividad.
- **Entrevista 2:** Respecto a esta pregunta, se responde que *“mucho estrés y el temor a contagiarse, como coordinadora fomenté en el personal de enfermería la retroalimentación continua de guías y protocolo de manejo frente a la pandemia”*.

- **Resultados del Check List**

Grado de cumplimiento del protocolo		ALTO	MEDIO	BAJO
Valoración	Ud. para realizar la valoración a pacientes con COVID – 19 aplica y prioriza el cuidado a través de las 14 necesidades de Virginia Henderson	85%	10%	5%
	Los datos que usted recolecta de los pacientes son en función a las necesidades o problemas del paciente	78%	12%	10%
	Realiza valoración física céfalo caudal y/o por sistemas y aparatos de forma independiente, comenzando por las más afectadas.	69%	13%	18%
	Utiliza un registro para la valoración de enfermería en paciente con COVID- 19.	72%	15%	13%
Diagnóstico	Utiliza habilidades, pensamiento crítico, reflexivo y lógico para identificar las necesidades o problemas de los pacientes con COVID – 19.	91%	7%	2%
	Identifica en el paciente problema real, de riesgo, o de bienestar para poder determinar las acciones de enfermería.	88%	8%	4%
	La formulación de sus enunciados de diagnóstico está en función a la valoración del paciente con COVID – 19.	93%	5%	2%
	Ud. Determina diagnósticos de enfermería relacionados a los problemas actuales presentados en los pacientes con COVID – 19.	94%	3%	3%
Planificación	Es consciente que en estas actividades se registran y especifican el que hacer y cuando.	90%	7%	3%
	Tiene la capacidad para brindar un plan de cuidados estandarizados a pacientes con COVID- 19, que presenten dificultad para respirar.	91%	7%	2%
Ejecución	Realiza el plan de cuidados de acuerdo a lo que plantea la guía del MSP.	94%	3%	3%
Evaluación	Se hace un autoanálisis o verifica el cumplimiento de los objetivos propuestos de cada paciente.	95%	2%	3%

Los resultados obtenidos con respecto al grado de cumplimiento del protocolo de atención al paciente adulto con COVID-19 sin complicaciones respiratorias en el personal de enfermería del Hospital San Vicente de Paúl se lo realizó mediante la técnica de semaforización color verde alto, amarillo medio, rojo bajo (bajo/puntos críticos); obteniéndose porcentajes altos de cumplimiento del protocolo de atención de pacientes con COVID-19 en la práctica asistencial; los principales nudos críticos, fueron los siguientes: la recolección de datos de los pacientes en función a las necesidades del paciente, la realización de la valoración física céfalo caudal y/o por sistemas y aparatos

de forma independiente, también la utilización del registro para la valoración de enfermería en paciente con COVID- 19.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

- Se contó con la participación de 40 enfermeras, en su mayoría son mujeres adultas jóvenes entre las edades de 25 – 30 años de edad, se autoidentificaron como mestizas, indican estar solteras, llevan laborando de nombramiento entre 1 a 4 años y laborando alrededor de 12 horas diarias dentro del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra.
- El nivel de conocimiento sobre de las intervenciones de enfermería aplicados en la práctica asistencial en relación con el protocolo de Atención en adultos con COVID-19 sin complicaciones respiratorias de la población estudio fue alto, destacándose la capacitación como medio de actualización de conocimientos para la atención de enfermería en estos pacientes.
- La aplicación en la práctica asistencial del personal de enfermería del HGSVP en relación con el protocolo de atención en adultos con COVID-19 sin complicaciones respiratorias, presenta alta concordancia con las intervenciones de enfermería recomendadas por el Ministerio de Salud Pública: oxigenoterapia, monitorización de signos vitales, regulación de la temperatura, monitorización de líquidos, tratamiento de la fiebre.
- La aplicación de las intervenciones en el desarrollo de la práctica asistencial durante la actividad asistencias, muestra un alto nivel de cumplimiento, siendo los principales nudos críticos, los siguientes: la recolección de datos de los pacientes en función a las necesidades del paciente, la realización de la valoración física céfalo caudal y/o por sistemas y aparatos de forma independiente y también la utilización del registro para la valoración de enfermería en paciente con COVID- 19.

5.2. Recomendaciones

- Al Ministerio de Salud Pública, por ende, al Hospital San Vicente de Paúl, reforzar los conocimientos al personal, referente a la pandemia del COVID-19 mediante capacitaciones que ayuden a profundizar el conocimiento sobre los protocolos de Atención a pacientes con COVID-19 sin complicaciones respiratorias.
- A los responsables de la formación de los futuros profesionales de la salud de la Universidad Técnica del Norte, reforzar sobre protocolos y lineamientos que se manejan en el MSP (Ministerio de Salud Pública) acerca del COVID-19.
- A los Internos Rotativos de Enfermería como futuros profesionales de la salud, incentivarse a la autoeducación, buscando capacitaciones y lineamientos que existen en el MSP (Ministerio de Salud Pública) para la atención a pacientes COVID-19, que será fundamental para su desarrollo profesional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. La OMS caracteriza a COVID - 19 como una pandemia. [Online].; 2020 [cited 2020]. Available from: https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=CjwKCAiA65iBBhB-EiwAW253W6h4FtfrC76wuclGVv_L9dM3SPV0rsDgX4zWCFh9SjUd6GdkkOaZR0CbKYQAvD_BwE.
2. González A, Escudero P, Peñasco Y, Leizaola O, Martínez V, García A. Cuidados intensivos durante la epidemia de coronavirus 2019. Revista Medicina Intensiva. 2020 agosto - septiembre; 44(6).
3. Serrano P, Estivill G, Cabezudo P, Reyes J, Ciano N, Aguilar M, et al. Influencia de la infección SARS-CoV-2 sobre enfermedades neurodegenerativas y neuropsiquiátricas: ¿una pandemia demorada? Revista Neurología. 2020; 35(4): p. 245-251.
4. Morales B, Palencia J. Reflexiones del cuidado enfermero en tiempos de COVID - 19. Revista Enfermería Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión. 2020 Julio - Septiembre; 5(3).
5. Ramirez M. El cuidado de Enfermería, relevancia en el contexto de la pandemia COVID-19. [Online].; 2020 [cited 2021 enero 08]. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062020000100001&Ing=es&nrm=iso.
6. Rivera E, Abal F, Rekers R, Holzer F, Melamed I, Salmún D, et al. Propuesta para la elaboración de un protocolo de triaje en el contexto de COVID-19. Revista de bioética y bioderecho. 2020; 50: p. 37-51.

7. Saavedra C. Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-COV-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud. Recomendaciones basadas en consenso de expertos e informadas en la evidencia. *Infectología*. 2020 diciembre; 24(3).
8. Lahite Y, Céspedes V, Masten M. El desempeño del personal de Enfermería durante la pandemia de la COVID-19. *Revista Información Científica*. 2020 sept.-oct; 99(5): p. 494-502.
9. Organización Panamericana de la Salud. Coronavirus. [Online].; 2019 [cited 2021 julio 2. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus>.
10. Alba M, Bellido J, Cárdenas V, Ibáñez J. *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN Jaén ICodEd*, editor. Pritend in Spain. Impreso en España: Rafael Pino; 2010.
11. Ministerio de Salud Pública. Atención de enfermería a pacientes adultos con COVID-19 sin complicaciones respiratorias. [Online].; 2020 [cited 2021 enero 08. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/08/PROTOCOLO-COVID-19-enfermer%C3%ADa-.pdf>.
12. Lahite Savón Y, Céspedes Pereña V, Maslen Bonnane M. El desempeño del personal de Enfermería durante la pandemia de la COVID-19. *Rev. inf. cient*. 2020 septiembre; vol.99 (5).
13. Gimeno BdA, Muñoz MS, Zamorano MR, Sánchez Herrero , Almudena Santano M. Cuidados enfermeros en el paciente adulto ingresado en unidades de hospitalización por COVID-19. *Enferm Clin*. 2020. 2020 mayo.
14. López Vega J. Situación de Enfermería en tiempos de Covid 19: Una mirada Panorámica. [Online].; 2020 [cited 2021 Enero 12. Available from: <http://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/50/106>.

15. Brito P, Martínez C, Cuéllar L. Cuidados enfermeros orientados a mitigar la transmisión del coronavirus en casos positivos: una revisión narrativa. *Revista Enfermería Clínica*. 2020 mayo; 31(16).
16. Calupiña J. Protocolo de manejo en segundo nivel de atención COVID-19. Actualización de Conocimientos sobre la infección por COVID-19. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Especialidad de Medicina Interna; 2020.
17. Hospital San Vicente de Paúl. sala situacional. [Online].; 2017 [cited 2020 Agosto 14. Available from: https://salasituacionalhsvp.jimdo.com/app/download/11130155391/hsvp_estado_situacional_septiembre0520564001507923113.pdf?t=1516048326.
18. Diario La Hora. Un Hospital con Historia. [Online].; 2006 [cited 2020 noviembre 27. Available from: <https://lahora.com.ec/noticia/436089/un-hospital-con-historia>.
19. Universidad Internacional de Valencia. Protocolos de enfermería. [Online].; 2017 [cited 2021 julio 3. Available from: <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/protocolos-de-enfermeria-como-elaborarlos>.
20. Organización Mundial de la Salud. Coronavirus COVID-19. [Online].; 2019 [cited 2021 julio 5. Available from: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>.
21. Ren L, Wang Y, Wu Z. Identification of a novel coronavirus causing severe pneumonia in human: a descriptive study. *Rev Chin Med J*. 2020 mayo; 133(9).
22. Zhu N, Zhang D, Wang W. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *Rev N Engl J Med*. 2020 febrero; 382(8).

23. BMJ Best Practice. Enfermedad de coronavirus 2019 (COVID-19). [Online].; 2021 [cited 2021 septiembre 6. Available from: <https://bestpractice.bmj.com/topics/es-es/3000201/aetiology>.
24. Nyberg T, Twohig K, Harris R. Risk of hospital admission for patients with SARS-CoV-2 variant B.1.1.7: cohort analysis. Rev BMJ. 2021 junio; 15(373).
25. Public Health England. Investigation of novel SARS-CoV-2 variants of concern. [Online].; 2021 [cited 2020 julio 2. Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/investigation-of-novel-sars-cov-2-variant-variant-of-concern-20201201>.
26. Secretaria Técnica Planifica Ecuador. Plan Nacional de Desarrollo Toda Una Vida 2017 - 2021. [Online].; 2020 [cited 2020 Agosto 26. Available from: <https://www.planificacion.gob.ec/plan-nacional-de-desarrollo-2017-2021-toda-una-vida/>.
27. Yupari I, Bardales L, Rodriguez J. Factores de riesgo de mortalidad por covid-19 en pacientes hospitalizados: un modelo de regresión logística. Rev. Fac. Med. Hum. 2021 enero; 21(1).
28. Ezpeleta D, García D. Manual COVID-19 para el neurólogo general. [Online].; 2020 [cited 2021 septiembre 6. Available from: https://www.sen.es/pdf/2020/Manual_neuroCOVID-19_SEN.pdf.
29. Gil R, Bitar P, Deza C. Cuadro clinico del COVID-19. Revista Médica Clínica Las Condes. 2021 enero-febrero; 32(1).
30. Carod F. Complicaciones neurológicas por coronavirus y COVID-19. Revista de Neurología. 2020 mayo; 70(9).

31. Florida COVID-19 Response. ¿Cómo puedo prevenir y prepararme para el COVID-19? [Online].; 2020 [cited 2021 septiembre 6. Available from: <https://floridahealthcovid19.gov/prevention/espanol/>.
32. Florida Health. ¿Cómo puedo prevenir y prepararme para el COVID-19? [Online].; 2020 [cited 2021 junio 2. Available from: <https://floridahealthcovid19.gov/prevention/espanol/>.
33. Corea E, Verde E, Rivas J. Valoración de enfermería Basada en la filosofía de Virginia Henderson. segunda ed. UAM Cdla, editor. Mexico; 2016.
34. Naranjo Y, Domínguez A, Jiménez B. Triada: Metodos clinicos, epidemiologico y proceso atencion de enfermeria. Revista Cubana de Tecnologia de la salud. 2018 febrero; 9(1).
35. Internacional N. Diagnósticos enfermeros. Undécima ed ed. editores KS, editor. Barcelona: El Servier; 2018.
36. Pérez J. El significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC en las enfermeras de cuidados intensivosmadrileñas: abordaje fenomenológico. Revista Enfermería Intensiva. 2012 abril; 23(2).
37. Vera D, Castellanos E, Rodríguez P. Efectividad de Guía de Buenas Prácticas en la bioseguridad hospitalaria. Revista Cubana de Enfermería. 2017; 33(1).
38. Ministerio de Salud Pública. La salud en la nueva Constitución 2008. [Online].; 2015 [cited 2019 Agosto 20. Available from: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=comunicacion-social&alias=80-libro-la-salud-en-la-nueva-constitucion&Itemid=599.

39. Manzini DJL. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. SciELO - Scientific Electronic Library Online. 2015 Diciembre; 6(2).
40. Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería. [Online].; 2016 [cited 2020 Septiembre miercoles 9. Available from: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20sp.pdf.
41. Sampieri R, Baptista M. Metodología de la Investigación. Quinta ed. ed. México: Mc Graw-Hill; 2010.
42. Landey M. Investigación experimental y no experimental, Guías, Proyectos, Investigaciones de Metodología de Investigación. [Online].; 2018 [cited 2019 Octubre 01. Available from: <https://www.docsity.com/es/investigacion-experimental-y-no-experimental/4150650/>.
43. Valdivia G. Enfoque descriptivo y experimental en epidemiología. [Online].; 2008 [cited 2019 Septiembre 02. Available from: <http://www.smschile.cl/documentos/cursos2008/medicinainternaavanzada/EI%20internista%20en%20la%20practica%20clini>.
44. Reyes. Métodos y Técnicas de Investigación. [Online].; 2015 [cited 2019 Septiembre 01. Available from: https://www.academia.edu/10655726/METODOS_Y_T%C3%89CNICAS_DE_INVESTIGACI%C3%93N.
45. Powered by OXFORD LÉXICO. Diccionario de Español. [Online].; 2020. Available from: <https://www.lexico.com/es/definicion/sociolaboral>.
46. MSP. Atención de enfermería a pacientes adultos con COVID-19 sin complicaciones respiratorias. [Online].; 2020 [cited 2020 12 12. Available from:

<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/08/PROTOCOLO-COVID-19-enfermer%C3%ADa-.pdf>.

47. Solis L, Elso R. El proceso de atención de enfermería. [Online].; 2018 [cited 2020 Diciembre 12]. Available from: http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/8c06b7e5-ca29-40c6-ab63-f84959a87362/c618e862-974d-4faf-8093-66eae984e3da/TRABAJO_CONGRESO_GRAFICA_AJUSTADA.pdf.
48. González S. Guía para elaborar un cartel científico. 2019..
49. Ucha F. Definición A,B,C. [Online].; 2008 [cited 2020 Diciembre 12]. Available from: <https://www.definicionabc.com/comunicacion/encuesta.php>.
50. Pacheco J. ¿Qué es una entrevista a profundidad? [Online].; 2019 [cited 2021 Diciembre 16]. Available from: <https://www.webyempresas.com/entrevista-a-profundidad/>.
51. Cuestionarios. Significados. com. [Online].; 2017 [cited 2020 Diciembre 16]. Available from: <https://www.significados.com/cuestionario/>.
52. ISOTools. Checklist. [Online].; 2018 [cited 2021 Diciembre 16]. Available from: <https://www.isotools.org/2018/03/08/que-es-un-checklist-y-como-se-debe-utilizar/>.
53. Benavides M, Gómez C. Métodos en investigación cualitativa: triangulación. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2005 marzo; 34(1).
54. Yirda. A. Alfa de Cronbach. [Online].; 2020 [cited 2020 Diciembre 16]. Available from: <https://conceptodefinicion.de/alfa-de-cronbach/>.
55. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. 2002. Universidad de Antioquia-Colombia.

56. Bautista L, Vejar L, Pabón M, Moreno J. Grado de adherencia al protocolo de registros clínicos de enfermería. *Revista Cuidarte*. 2016 junio; 7(1).
57. Guarate Y, Guato G. Influencia de la aplicación del formato soapie de los registros de enfermería y su relación con los aspectos ético legales. Tesis de pregrado de Enfermería. Ambato: Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Técnica de Ambato; 2018.
58. García A, Medina E, Martínez J. Pesquisa activa de sintomáticos respiratorios esencia de la prevención de la COVID 19. *Revista Médica Electronica*. 2020 agosto; 42(2).
59. De Bortoli S, Munar E, Umpiérrez A. La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19. *Revista Panamericana Salud Publica*. 2020 mayo; 44(15).
60. Fraguas J, Jimeno G, Borobia A, Burillo M. Proceso de atención de enfermería (PAE) en paciente Covid positivo grave, por el servicio de urgencias. Caso clínico. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com*. 2021 abril; 16(7).
61. Toyohama G, Díaz M, Cabrejos A. Aplicación del proceso de atención de enfermería utilizando el lenguaje estandarizado NANDA, NIC, NOC con la COVID-19. *Revista de Medicina Intensiva y Cuidados Críticos*. 2020 octubre; 13(3).

ANEXOS

Anexo 1. Encuesta validada



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

FOLIO _____

“CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE ADULTO CON COVID -19 SIN COMPLICACIONES RESPIRATORIAS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL- IBARRA, 2021”

OBJETIVO:

Analizar el cumplimiento del protocolo de atención al paciente adulto con COVID-19 sin complicaciones respiratorias en el personal de enfermería del Hospital General San Vicente de Paúl, Ibarra – 2021.

Instrucciones: A continuación, le presentamos una serie de preguntas, lea cuidadosamente, se solicita responder con absoluta sinceridad marque con una (x) en cada una de las preguntas según su criterio.

1. DATOS INFORMATIVOS:

Nº Encuesta..... ¿En qué servicio se encuentra Ud. laborando?.....

I. DATOS SOCIOLABORALES:

1. ¿Cuál es su edad?

- De 25 a 35 años
- De 35 a 45 años
- De 41 a 50 años
- Mayor de 50 años

2. ¿Cuál es su estado civil?

- Soltera
- Casada
- Viuda
- Divorciada
- Unión libre

3. ¿Cómo se autoidentifica culturalmente?

- Mestiza
- Blanca
- Indígena
- Afroecuatoriana
- Mulata
- Otra

4. ¿Cuál es el número de horas que labora en el hospital?

- 6 horas
- 8 horas
- 12 horas
- > 12 horas

5. ¿Cuál es el Nivel de Instrucción?

- Tercer Nivel
- Cuarto Nivel

6. ¿Qué tiempo trabaja en el hospital?

- 2 - 4 años
- 4 – 8 años
- 8 - 12 años
- > 12 años

7. **¿Ha mantenido Ud. contacto con pacientes sospechoso o diagnosticados con la COVID-19?**

- Si No

II. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN POR COVID -19

8. **¿Qué normativa se utiliza en el hospital para el manejo del paciente Covid-19?**

- Manuales
 Guías
 Lineamientos generales
 Protocolos
 Capacitación

9. **¿Ha recibido capacitaciones sobre la atención de enfermería en pacientes con la Covid-19?**

- Si No

10. **¿Se siente adecuadamente capacitado sobre el proceso de atención de enfermería en pacientes con la Covid-19?**

- Si No

11. **De acuerdo a los siguientes enunciados escoja una respuesta correcta.**

¿Cómo definiría a la Covid-19?	
La COVID-19 es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus o virus MERS-CoV.	
La COVID-19 es la enfermedad infecciosa causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2.	
La COVID-19 es la enfermedad no infecciosa causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2.	

12. **¿Cuáles son los mecanismos de trasmisión de la Covid-19?**

Humano – humano: Por gotas respiratorias a través de las secreciones de personas infectadas y de secreciones nasofaríngeas, incluyendo la saliva.	
Humano – animal:	

Por gotas respiratorias a través de las secreciones de personas infectadas y de secreciones nasofaríngeas, incluyendo la saliva.	
Humano – humano: Por gotas respiratorias a través de las secreciones de personas no infectadas y de secreciones nasofaríngeas, sin incluir la saliva.	

13. ¿Cuál es el período de incubación de la Covid-19?

El periodo de incubación mediano es de 5-6 días, con un rango de 1 a 14 días.	
El periodo de incubación mediano es de 8-10 días, con un rango de 1 a 20 días.	
El periodo de incubación mediano es de 2-5 días, con un rango de 1 a 20 días.	

14. ¿Cuáles de los síntomas, ha identificado Ud. en los pacientes que ingresan con sintomatología de la Covid-19?

Fiebre, tos seca, cansancio, pérdida de gusto/olfato, disnea, malestar general	
Náuseas, diarrea, erupciones cutáneas, trastornos del sueño	
Disnea, pérdida de apetito, confusión, diarrea, náuseas.	

15. ¿Cuáles son los pacientes con mayor vulnerabilidad para la COVID-19?

Personas mayores de 55 años, personas con diabetes, hipertensión, problemas renales y personas con diagnóstico de VIH/SIDA.	
Personas menores de 55 años, personas con diabetes, hipertensión, problemas renales y personas con diagnóstico de VIH/SIDA	
Personas sin diabetes, hipertensión, problemas renales	

16. ¿Cuáles son las medidas de bioseguridad implementadas para reducir la probabilidad de exposición al virus SARS CoV-2?

Higiene de manos, uso de equipo de protección personal (mascarilla N-95, guantes, bata, gorro, gafas)	
Higiene de manos, uso de equipo de protección personal (mascarilla, guantes, bata, gorro, gafas)	
Higiene de manos, uso de equipo de protección personal (mascarilla N-95, guantes, bata, gorro)	

17. ¿Ud. ha recibido información y formación sobre el manejo de equipos de protección individual?

Si

No

18. Las fases del proceso enfermero del protocolo de Atención de Enfermería a pacientes adultos con COVID – 19 sin complicaciones respiratorias son: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

Si

No

19. El proceso de Atención de Enfermería es: sistemático, cíclico y racional para planificar y prestar cuidados de enfermería al paciente de forma integral e individualizada.

Verdadero

Falso

20. Según su criterio; de las 14 necesidades de Virginia Henderson, cuáles son las que se encuentran más alteradas en los pacientes con Covid-19 (Varias Respuestas)

Respirar normalmente

Comer y beber de forma adecuada

Eliminar por todas las vías corporales

Mantener la temperatura corporal

Dormir y Descansar

Vestirse y Desvestirse

Vivir de acuerdo con las propias creencias y valores

Participar en actividades recreativas

Mantener la higiene corporal

Comunicarse con los demás

21. Según la valoración de enfermería por patrones funcionales, cuáles son las alteraciones más frecuentes en los pacientes con COVID – 19 que no tengan complicaciones respiratorias (Varias respuestas).

- Actividad - Ejercicio
- Eliminación
- Nutrición - Metabolismo
- Rol - Relaciones
- Afrontamiento – Tolerancia al estrés
- Seguridad - Protección
- Percepción y Manejo de la salud
- Sexualidad – reproducción
- Valores y creencias

22. De los siguientes patrones alterados en la COVID-19, marque con una x, el grado de acuerdo o desacuerdo con los siguientes enunciados (1 respuesta):

Enunciados	De acuerdo	Medianamente de acuerdo	En desacuerdo
	3	2	1
Patrón Respiratorio Ineficaz ¿Qué intervenciones aplicaría en la atención de pacientes con COVID – 19? (1 respuestas)			
Oxigenoterapia, monitorización de signos vitales, Ayuda a la ventilación.			
Cambios de posición, manejo ambiental para el confort			
Patrón Riesgo de Motilidad Gastrointestinal Disfuncional ¿Qué intervenciones aplicaría en la atención de pacientes con COVID – 19? (1 respuesta)			
Manejo de la Medicación, Control Intestinal, Proceso de la enfermedad.			
Oxigenoterapia, Cuidados de la Piel, Cambios de posición.			

Patrón Riesgo de déficit de volumen de líquidos ¿Qué intervenciones aplicaría en la atención de pacientes con COVID – 19? (1 respuesta)			
Monitorización de líquidos, tratamiento de la fiebre.			
Administración de la medicación, Control de signos vitales.			
Patrón Hipertermia ¿Qué intervenciones aplicaría en la atención de pacientes con COVID – 19? (1 respuesta)			
Regulación de la Temperatura, Administración de la Medicación, Control de signos vitales.			
Monitorización de líquidos, Manejo ambiental: confort.			
Patrón Riesgo de deterioro de la integridad cutánea ¿Qué intervenciones aplicaría en la atención de pacientes con COVID – 19? (1 respuesta)			
Vigilancia de la piel, manejo de la nutrición, protección contra las infecciones.			
Oxigenoterapia, control de signos vitales, ayuda con la ventilación.			
Patrón Contaminación ¿Qué intervenciones aplicaría en la atención de pacientes con COVID – 19? (1 respuesta)			
Control de Infecciones, Educación para la Salud.			
Vigilancia de la piel, manejo ambiental: confort.			

HOJA DE CHEQUEO

III. GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO

ALTO	MEDIO	BAJO
1	2	3

VALORACIÓN		1	2	3
01	Ud. para realizar la valoración a pacientes con COVID – 19 aplica y prioriza el cuidado a través de las 14 necesidades de Virginia Henderson			
02	Los datos que usted recolecta de los pacientes son en función a las necesidades o problemas del paciente			
03	Realiza valoración física céfalo caudal y/o por sistemas y aparatos de forma independiente, comenzando por las más afectadas.			
04	Ud. Utiliza un registro para la valoración de enfermería en paciente con COVID- 19.			
DIAGNÓSTICO				
05	Utiliza habilidades, pensamiento crítico, reflexivo y lógico para identificar las necesidades o problemas de los pacientes con COVID – 19.			
06	Identifica en el paciente problema real, de riesgo, o de bienestar para poder determinar las acciones de enfermería.			
07	La formulación de sus enunciados de diagnóstico está en función a la valoración del paciente con COVID – 19.			
08	Ud. Determina diagnósticos de enfermería relacionados a los problemas actuales presentados en los pacientes con COVID – 19.			
PLANIFICACIÓN				
06	Ud. Es consciente que en estas actividades se registran y especifican el que hacer y cuando.			
07	Ud. Tiene la capacidad para brindar un plan de cuidados estandarizados a pacientes con COVID- 19, que presenten dificultad para respirar.			
EJECUCIÓN				
08	Ud. Realiza el plan de cuidados de acuerdo a lo que plantea la guía del MSP.			
EVALUACIÓN				
09	Ud. Se hace un autoanálisis o verifica el cumplimiento de los objetivos propuestos de cada paciente.			

Encuesta realizada por Guerrero Néier Grace Evelin – Autoría

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

Anexo 2. Entrevista Semi Estructurada

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA

1. ¿En el Hospital General San Vicente de Paúl existe un protocolo para la Atención a pacientes con COVID 19? ¿Este protocolo que existe es institucional o del Ministerio de Salud Pública?

.....
.....

2. ¿En su institución que teoría guía al Proceso de atención de enfermería?

.....
.....

3. ¿De acuerdo al protocolo del Ministerio de Salud Pública cuales son las principales necesidades que se deben atender en el proceso de cuidado a pacientes con COVID 19?

.....
.....

4. ¿De acuerdo a la experiencia de la pandemia cuales han sido los principales patrones alterados en los pacientes atendidos?

.....
.....

5. ¿Cómo se ha organizado el proceso del cuidado de enfermería frente a la pandemia?

.....
.....

6. ¿Cuáles han sido las principales estrategias implementadas para estandarizar las medidas de bioseguridad y cuidado al paciente con COVID 19?

.....
.....

7. ¿Qué procesos de capacitación al personal de enfermería se han llevado a cabo?

.....
.....

8. El Ministerio de Salud Pública les provee de todos los insumos de bioseguridad para la atención a pacientes con COVID 19. (especificar que les hace falta)

.....

9. Ud. Cree que está brindando una atención de calidad y calidez a los pacientes con COVID 19. ¿por qué?

.....

10. ¿Cuáles son las principales problemáticas de salud que ha presentado el personal de enfermería durante esta pandemia?

.....

.....

11. ¿Cómo coordinadora de enfermería cuales son las principales estrategias que han ayudado hacer frente a la pandemia?

.....

.....

Anexo 3. Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

Título de la investigación:

Nombre del Investigador: _____

Yo, _____, con número de Cédula _____ejerciendo mi libre poder de elección y mi voluntariedad expresa, por este medio, doy mi consentimiento para participar en esta investigación.

He tenido tiempo suficiente para decidir mi participación, sin sufrir presión alguna y sin temor a represalias en caso de rechazar la propuesta. Inclusive, se me ha dado la oportunidad de consultarlo con mi familia y de hacer todo tipo de preguntas, quedando satisfecho con las respuestas. La entrega del documento se realizó en presencia de un testigo que dará fe de este proceso.

Firma _____

Fecha_____

Nombres y apellidos del investigador.

Firma _____


Fecha_____

Anexo 4. Galería de fotos





Anexo 6. Poster Científico.




Universidad Técnica del Norte
Carrera de Enfermería

"CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PACIENTES CON COVID - 19 SIN COMPLICACIONES RESPIRATORIAS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HSVP-2021"

AUTORA: GRACE EVELIN GUERRERO NÉJER **DIRECTORA: DRA. JANET VACA AUZ**

INTRODUCCIÓN

La situación actual de la pandemia por SARS-CoV-2 ha supuesto en evidencia la fragilidad de la atención de salud en todo el mundo. Para afrontar esta crisis el Ministerio de Salud Pública se ha visto en la necesidad de implementar protocolos para el manejo terapéutico y el cuidado de los pacientes.



METODOLOGÍA

Estudio con enfoque mixto no experimental, de alcance descriptivo, transversal, realizado en las enfermeras que trabajan en el HSVP, durante los meses mayo-julio del 2021 en los servicios de Emergencia y Medicina Interna. La muestra estuvo conformada por 40 enfermeras. Se aplicó una encuesta para la recolección de datos, previamente validada por expertos como también se utilizó el Alfa de Cronbach.

RESULTADOS

Tabla 2: Nivel de conocimiento en el personal de enfermería

Ha mantenido Cd. contacto con pacientes sospechosos o diagnosticados con la COVID-19	Frecuencia	Porcentaje
Si	40	100%

Normativa se utiliza en el hospital para el manejo del paciente COVID-19

	Frecuencia	Porcentaje
Protocolos	22	55%
Guías	7	17,5%
Manuales	6	15%
Capacitaciones	5	12,5%

Ha recibido capacitaciones sobre la Atención de Enfermería en pacientes con la COVID-19?

	Frecuencia	Porcentaje
Si	38	95%
No	2	5%

Se siente adecuadamente capacitado sobre el proceso de atención de enfermería en pacientes con la COVID-19?

	Frecuencia	Porcentaje
Si	37	92,5%
No	3	7,5%

Al analizar el nivel de conocimiento, se desprende que la totalidad de los profesionales de enfermería tuvieron contacto con pacientes sospechosos o diagnosticados con COVID- 19, alrededor de la media afirmaron utilizar protocolos del MSP, como también se destaca la capacitación como medio de formación para la atención de enfermería

Tabla 5: Intervenciones de enfermería de acuerdo al protocolo de Atención de enfermería en pacientes con COVID 19 sin complicaciones respiratorias.

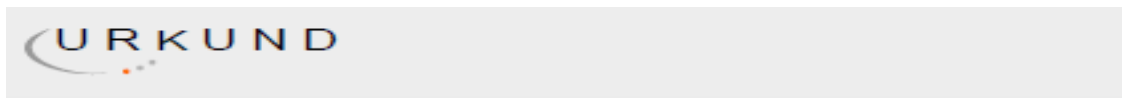
	De Acuerdo		Mediamente de Acuerdo		En Desacuerdo	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Oxigenoterapia	37	92,5%	2	5%	0	0%
Monitorización de signos vitales	37	92,5%	2	5%	0	0%
Manejo de la fiebre	36	90%	3	7,5%	1	2,5%
Control de la temperatura	36	90%	3	7,5%	1	2,5%
Vigilancia de la piel	38	95%	2	5%	0	0%
Control de Infecciones	38	95%	2	5%	0	0%
Educación para la Salud	29	72,5%	9	22,5%	2	5%

Al analizar las intervenciones de enfermería de acuerdo al protocolo se obtuvo que más de la mitad están de acuerdo que las intervenciones que se brinda en la atención son: Oxigenoterapia, monitorización de signos vitales tratamiento de la fiebre, vigilancia de la piel, control de infecciones, educación para la salud.

CONCLUSIÓN

El protocolo nacional de atención en pacientes con COVID - 19 sin complicaciones respiratorias debería estar ampliamente difundido en todos los niveles de atención de los servicios de salud en cuyos circuitos de atención juega un papel fundamental enfermería que desde la visión disciplinar atiende los retos en la atención de salud.

Anexo 5. Análisis URKUND



Urkund Analysis Result

Analysed Document: Grace Guerrero - tesis final ok.docx (D113929208)
Submitted: 9/30/2021 11:55:00 PM
Submitted By: geguerreron@utm.edu.ec
Significance: 5 %

Sources included in the report:

Universidad Estatal del Sur de Manabí proyecto (1).docx (D93153121)
TESIS BARAHONA FINAL 1.1.docx (D107941001)
PROYECTO TESIS - FINAL.docx (D103215756)
<https://unric.org/es/informacion-general-nuevo-coronavirus/>
<http://revhph.sld.cu/index.php/hph/announcement/view/5>

Instances where selected sources appear:

27

Lo certifico:

Firma 

Dra. Jannet Vaca Aus

CC: 100158284-8

DIRECTORA DE TESIS

Anexo 6. ABSTRACT



"COMPLIANCE WITH THE PROTOCOL OF CARE FOR COVID -19 PATIENTS WITHOUT RESPIRATORY COMPLICATIONS IN THE NURSING STAFF AT SAN VICENTE DE PAUL HOSPITAL, 2021"

Author: Grace Evelin Guerrero Néjer

Email: graceguerrero@gmail.com

ABSTRACT

The current SARS-CoV-2 pandemic has highlighted the world's healthcare system's vulnerability. To deal with the crisis, the Ministry of Public Health implemented therapeutic management and patient care protocols. The goal of this study was to see if adult patients with COVID-19 who did not have respiratory complications followed the nursing care protocol. During May, June, and July 2021, a sample of 40 nursing professionals from the San Vicente de Paul Hospital participated in a descriptive observational study. Variables related to the evaluation of the care protocol, as well as socio-occupational variables, were collected. Results: the level of knowledge of the nursing staff about the COVID-19 protocol without complications was high, there was a moderate relationship between the time of professional experience and the variable level of knowledge; also, strong relationship between the variables according to the level of knowledge of COVID-19, PAE, the needs of Virginia Henderson, the Identification of Functional Patterns. Conclusions: The national protocol for care in patients with COVID-19 without respiratory complications should be widely disseminated at all levels of care in the health services, in whose care circuits nursing plays a fundamental role, which from the disciplinary point of view addresses the challenges in health care.

Keywords: COVID-19, pandemic, care protocol, nursing care, biosafety

Reviewed by Víctor Raúl Rodríguez Viteri