



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

**TEMA:**

Tesis previa a la obtención del título de Licenciatura en Enfermería

“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE COVID-19 EN  
ÁREAS CRÍTICAS DURANTE LA PANDEMIA, HOSPITAL LUIS G DÁVILA,  
TULCÁN, 2022”

**AUTOR:** Jacqueline Estefanía Pastillo Males

**DIRECTORA:** Lic. Mercedes del Carmen Flores Grijalva MpH.

**Ibarra-2023**

## CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

En calidad de Directora de la tesis de grado titulada, "PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA AL PACIENTE COVID-19 EN ÁREAS CRÍTICAS DURANTE LA PANDEMIA, HOSPITAL LUIS G DÁVILA, TULCÁN, 2022", de autoría de **JACQUELINE ESTEFANÍA PASTILLO MALES**, para obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho trabajo 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 9 días del mes de agosto de 2022

Lo certifico

  
.....  
Lic. Mercedes Flores Grijalva Mph.  
C.C: 1001859394  
DIRECTORA DE TESIS

*MpH. Mercedes Flores G.*  
 **DOCENTE**  
SENESCYT 1027-12-747848



**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:

<b>DATOS DE CONTACTO</b>			
<b>CÉDULA DE IDENTIDAD:</b>	100425383-5		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>	Jacqueline Estefanía Pastillo Males		
<b>DIRECCIÓN:</b>	Pimampiro – Comunidad de Buenos Aires		
<b>EMAIL:</b>	<a href="mailto:jepastillom@utn.edu.ec">jepastillom@utn.edu.ec</a>		
<b>TELÉFONO FIJO:</b>	(06)3016 068	<b>TELÉFONO MÓVIL:</b>	0982917459
<b>DATOS DE LA OBRA</b>			
<b>TÍTULO:</b>	“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE COVID-19 EN ÁREAS CRÍTICAS DURANTE LA PANDEMIA, HOSPITAL LUIS G DÁVILA, TULCÁN, 2022”		
<b>AUTOR (ES):</b>	Jacqueline Estefanía Pastillo Males		
<b>FECHA:</b>	09/08/2022		
<b>SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO</b>			
<b>PROGRAMA:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>PREGRADO</b> <input type="checkbox"/> <b>POSGRADO</b>		
<b>TÍTULO POR EL QUE OPTA:</b>	Licenciatura en Enfermería		
<b>ASESOR /DIRECTOR:</b>	Lic. Mercedes del Carmen Flores Grijalva M <sub>PH</sub>		

## CONSTANCIAS

El autor 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 15 días del mes de septiembre de 2023



Jacqueline Estefanía Pastillo Males

C.I.: 100425383-5

## REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCS-UTN  
Fecha: 09/08/2022

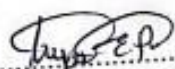
**JACQUELINE ESTEFANÍA PASTILLO MALES**, "Proceso de Atención de Enfermería al Paciente COVID-19 en Áreas Críticas durante la pandemia, Hospital Luis G Dávila, Tulcán, 2022", TRABAJO DE GRADO. Licenciado en Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, 09 de agosto de 2022.

**DIRECTORA:** Lic. Mercedes del Carmen Flores Grijalva M<sup>pH</sup>

El principal objetivo de la presente investigación fue Establecer el Proceso de Atención de Enfermería que lleva a cabo el profesional en áreas críticas, Hospital Luis G Dávila. Entre los objetivos específicos se encuentran: Reconocer los elementos de la valoración al paciente COVID-19, Definir los diagnósticos de enfermería del paciente COVID-19 en áreas críticas, e Identificar las intervenciones de enfermería al paciente COVID-19 en áreas críticas.

Fecha: Ibarra, 09 de agosto de 2022

  
M<sup>pH</sup>. Mercedes Flores G.  
 **DOCENTE**  
SENESCYT 1027-12-747546  
.....  
Lic. Mercedes del Carmen Flores M<sup>pH</sup>  
Directora

  
.....  
Jacqueline Estefanía Pastillo Males  
Autor

## **DEDICATORIA**

En primer lugar, dedico esta obra a Dios, por su infinita bendición que siempre ha guiado mi camino con fortaleza y sabiduría.

A mis papás Tomás Pastillo y Margarita Males quienes me han apoyado desde siempre con su afecto, comprensión y paciencia, son ese motor para seguir cumpliendo mis metas, a pesar de los momentos de adversidad que pasamos hemos sabido salir adelante demostrando que con esfuerzo y dedicación se logra lo que nos proponemos, es por esto que con mucho amor dedico mi investigación.

A mis hermanos José, Juan, Cristina y Daniel por estar a mi lado en todo momento por alegrarme y compartir conmigo.

A mis tíos que supieron darme un hogar cálido en mi etapa de estudio, al abrirme las puertas y permitirme estar junto a ellos.

A mis amigos por brindarme una amistad sincera a lo largo de nuestra formación, por su compañía, y estar siempre ahí en los días de alegrías y tristezas.

A la Universidad Técnica del Norte, quién me educo con excelencia y disciplina en mi formación de carrera profesional.

*Jacqueline Estefanía Pastillo Males*

## **AGRADECIMIENTO**

Al culminar mi trayecto universitario doy Gracias a Dios por bendecirme y guiarme en cada paso que me trazo, por proteger a mi familia y mi persona, especialmente por permitirme cumplir mi sueño que hoy se hizo realidad, a mis padres por apoyarme en todo momento y ser mi soporte para continuar.

Gracias a la Universidad, quien me dio la oportunidad de estudiar, superarme y formarme en un profesional de calidad humana, especialmente a la Lic. Mercedes Flores MpH quién fue mi tutora, al ser mi guía de conocimiento logrando llevar a cabo mi trabajo de titulación.

Gracias a cada uno de los docentes que impartieron sus conocimientos a mi formación profesional para cumplir con los estándares que representa mi honrosa profesión.

Gracias infinitas a mis amigos por su apoyo en las buenas y malas, por sus consejos diarios, por las risas, por hacer mis días universitarios únicos e inolvidables.

*Jacqueline Estefanía Pastillo Males*

## ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS .....	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE .....	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO .....	v
DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO .....	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS Y DE GRÁFICOS .....	xii
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT .....	xiv
TEMA: .....	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 impacto del COVID-19 en la carga de trabajo de enfermería y la planificación del personal de enfermería en Cuidados Intensivos: un estudio multicéntrico descriptivo prospectivo, 2021 .....	7
2.1.2. Experiencias de enfermeras registradas de trabajar en la unidad de cuidados intensivos durante la pandemia COVID -19, 2021 .....	7



2.1.3.	Responder a la pandemia de COVID-19: desarrollo de un modelo de emergencia de enfermería de cuidados críticos para satisfacer las necesidades de los pacientes y maximizar las competencias, 2021.....	8
2.1.4.	Impacto del COVID-19 en el tiempo de enfermería en unidades de cuidados intensivos en Bélgica, 2021.....	9
2.1.5.	Vínculos de NANDA-I, NOC y NIC con el SARS-CoV-2 (COVID-19): Parte	
2.	Respuesta individual, 2020 .....	9
2.2.	Marco contextual.....	11
2.2.1.	Reseña histórica del Hospital General Luis G Dávila, Tulcán .....	11
2.2.2.	Misión y visión del Hospital Luis G Dávila.....	12
2.2.3.	Definición del área de estudio Hospital General Luis G Dávila, Tulcán ....	13
2.2.4.	Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Luis G Dávila, Tulcán.....	14
2.3.	Marco Conceptual .....	15
2.3.1.	Teoría Florence Nightingale.....	15
2.3.2.	Teoría de Virginia Henderson .....	15
2.3.3.	Evolución del Proceso de atención de enfermería.....	16
2.3.4.	Definición Proceso de Atención de Enfermería .....	18
2.3.5.	Objetivos del Proceso de Atención de Enfermería.....	18
2.3.6.	Fases del Proceso de Atención de Enfermería .....	19
2.3.7.	COVID-19 .....	19
2.3.8.	Vías de transmisión .....	21
2.3.9.	Fases del COVID-19 .....	22
2.3.10.	Manifestaciones clínicas.....	22
2.3.11.	Factores de riesgo .....	23
2.3.12.	Diagnóstico.....	23
2.3.13.	Tratamiento .....	24
2.3.14.	Áreas críticas .....	25
2.3.15.	Profesional de enfermería en el área crítica .....	26
2.3.16.	Funciones de enfermería en áreas críticas .....	27
2.3.18.	Cuidado de enfermería en el área crítica COVID-19 .....	28
2.4.	Marco Legal .....	29

2.4.1.	Constitución de la República del Ecuador .....	29
2.5.	Marco Ético .....	31
2.5.1.	Principios Bioéticos en Enfermería .....	31
2.5.2.	Código Deontológico Internacional de Enfermería.....	32
CAPÍTULO III .....		33
3.	Metodología de la Investigación .....	33
3.1.	Diseño de la Investigación .....	33
3.2.	Tipo de Investigación .....	33
3.3.	Localización y Ubicación de estudio .....	34
3.4.	Población.....	34
3.4.1.	Universo .....	34
3.4.2.	Muestra .....	34
3.4.3.	Criterios de Inclusión .....	35
3.4.4.	Criterios de Exclusión .....	35
3.5.	Operacionalización de Variables.....	36
3.6.	Métodos de Recolección de Información.....	43
3.6.1.	Técnica .....	43
3.6.2.	Instrumentos de Investigación.....	43
3.7.	Análisis de datos .....	43
CAPÍTULO IV .....		44
4.	Resultados de la Investigación .....	44
4.1.	Elementos de la valoración del paciente COVID 19 en áreas críticas .	44
4.2.	Diagnósticos de enfermería del paciente COVID 19 en áreas críticas	51
4.3.	Intervenciones de enfermería al paciente COVID-19 en áreas críticas.	53
CAPÍTULO V .....		55
5.	Conclusiones y Recomendaciones .....	55
5.1.	Conclusiones .....	55
5.2.	Recomendaciones.....	56
BIBLIOGRAFÍA .....		57
ANEXOS .....		62
Anexo 1. Solicitud de autorización para la aplicación de la encuesta .....		62
Anexo 2. Autorización del Hospital Luis G Dávila de Tulcán .....		63

Anexo 3. Instrumento de la Investigación.....	64
Anexo 4. Aprobación de Abstract.....	70
Anexo 5. Certificado de Urkund .....	71
Anexo 6. Archivo fotográfico .....	72

## ÍNDICE DE TABLAS Y DE GRÁFICOS

Tabla 1. Características sociodemográficas.....	44
Tabla 2. Valoración de enfermería al paciente COVID 19 en áreas críticas del Hospital Luis G. Dávila, Tulcán.....	45
Tabla 3. Valoración de enfermería de la necesidad respiratoria de un paciente contagiado con COVID 19 en áreas críticas del Hospital Luis G. Dávila, Tulcán.....	46
Tabla 4. Valoración de enfermería de la necesidad de eliminación de un paciente COVID 19 en áreas críticas del Hospital Luis G. Dávila, Tulcán.....	48
Tabla 5. Valoración de enfermería de la temperatura corporal de acuerdo con la edad en pacientes COVID 19 en áreas críticas del Hospital Luis G. Dávila, Tulcán.....	49
Tabla 6. Valoración de enfermería de la higiene corporal en pacientes COVID 19 en áreas críticas del Hospital Luis G. Dávila, Tulcán.....	50
Tabla 7. Diagnósticos de enfermería utilizados durante la atención de pacientes COVID 19 en áreas críticas del Hospital Luis G. Dávila, Tulcán.....	51
Tabla 8. Intervenciones de enfermería implementadas durante la atención de pacientes COVID 19 en áreas críticas.....	53

## RESUMEN

“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA AL PACIENTE COVID-19 EN ÁREAS CRÍTICAS DURANTE LA PANDEMIA, HOSPITAL LUIS G DÁVILA, TULCÁN, 2022”

**Autora:** Jacqueline Estefanía Pastillo Males

**Correo:** [jepastillom@utn.edu.ec](mailto:jepastillom@utn.edu.ec)

La aparición del COVID 19 ha generado un verdadero reto en la atención de cuidados del profesional de enfermería en dónde el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) ha permitido desarrollar cuidados basados en la evidencia científica que comprueban su efectividad, denotando la importancia del PAE. **Objetivo:** Establecer el Proceso de Atención de Enfermería que llevó a cabo el profesional en áreas críticas, Hospital de segundo nivel de atención. **Metodología:** Esta investigación tiene diseño cuantitativo y no experimental de tipo descriptiva, transversal, la muestra estuvo conformada por 70 profesionales de enfermería que laboraron en áreas críticas en la pandemia. **Resultados:** La población mayoritariamente es femenina, menores a 35 años, se autoidentifican como mestizas, realizan turnos rotativos de 12 horas diarias. Se evidenció que el profesional de enfermería utilizan las 14 Necesidades de Virginia Henderson para la valoración de un paciente COVID 19, en la oxigenoterapia se valoró principalmente la frecuencia respiratoria 98,6%, en la eliminación las pérdidas insensibles 95,7%, temperatura corporal 97,1%, en higiene la hidratación de la piel 98,6%, los principales diagnósticos identificados pertenecen a la dimensión de intercambio gaseoso y dificultad respiratoria, temperatura corporal y la vigilancia de la piel, las principales intervenciones realizadas dieron lugar a la termorregulación 88,6%, ventilación, oxigenoterapia y monitorización respiratoria el 85,7%, vigilancia de la piel y regulación de la temperatura. **Conclusiones:** El profesional de enfermería a pesar de la situación de la pandemia siguió con un plan de cuidados con la finalidad de mejorar la condición de salud del paciente.

**Palabras Claves:** Enfermería, COVID 19, Proceso de Atención de Enfermería

## ABSTRACT

"NURSING CARE PROCESS FOR THE COVID-19 PATIENT IN CRITICAL AREAS DURING THE PANDEMIC, LUIS G DÁVILA HOSPITAL, TULCÁN, 2022".

**Author:** Jacqueline Estefanía Pastillo Males

**Email:** [jepastillom@utn.edu.ec](mailto:jepastillom@utn.edu.ec)

The appearance of COVID 19 has generated a daunting challenge in the nursing professional's care, where the Nursing Care Process (PAE) has allowed the development of care based on scientific evidence that proves its effectiveness, denoting the importance of the PAE. **Objective:** To establish the Nursing Care Process carried out by the professionals in critical areas, second-level care hospitals. **Methodology:** This research has a quantitative and non-experimental design of descriptive, cross-sectional type, the sample consisted of 70 nursing professionals who worked in critical areas during the pandemic. **Results:** The population is predominantly female, under 35 years of age, selfidentified as mestizo, and works rotating shifts of 12 hours per day. It was evidenced that the nursing professional used the 14 Needs of Virginia Henderson for the assessment of a COVID 19 patient, in oxygen therapy respiratory frequency was mainly assessed at 98.6%, in elimination insensible losses at 95.7%, body temperature at 97.1%, in hygiene skin hydration 98.6%, the main diagnoses identified belong to the dimension of gas exchange and respiratory distress, body temperature, and skin monitoring, the main interventions performed resulted in thermoregulation 88.6%, ventilation, oxygen therapy and respiratory monitoring 85.7%, skin monitoring, and temperature regulation. **Conclusions:** The nursing professional, despite the pandemic situation, continued with a care plan to improve the patient's health condition.

**Keywords:** Nursing, COVID 19, Nursing Care Process.

**TEMA:**

“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA AL PACIENTE COVID-19 EN  
ÁREAS CRÍTICAS DURANTE LA PANDEMIA, HOSPITAL LUIS G DÁVILA,  
TULCÁN, 2022”

# CAPÍTULO I

## 1. Problema de Investigación

### 1.1.Planteamiento del Problema

El desempeño del profesional de enfermería contribuye a mejorar la salud de la población en tiempos de crisis, tal situación es semejante a la década de los cuidados brindados por la precursora de la enfermería moderna Nightingale. En 1918 durante la terrible pandemia de influenza, las enfermeras siguieron el legado de las bases de la profesionalización de la enfermería de Nightingale, una legitimidad al cuidado directo. Al pasar los años las enfermeras fueron protagonistas claves a la atención de varias pandemias, como la gripe española, el virus de la influenza A H1N1, el síndrome respiratorio agudo severo y el síndrome respiratorio del Medio Oriente, el ébola (1).

El personal de enfermería de todo el mundo ha cumplido con las funciones y responsabilidades críticas ante la pandemia COVID 19, y seguirán estando en primera línea para brindar atención a los pacientes, asegurándose de que reciban un trato personalizado y de calidad alta en los diversos servicios, independientemente de su condición infecciosa por medio de la gestión clínica, el intercambio de conciencia y conocimientos y la seguridad pública (2).

En el mundo hay aproximadamente 28 millones de profesionales de enfermería, 30% o unos 8,4 millones que trabajan en la Región de las Américas. Este número de profesionales representa el 56% de la fuerza laboral de salud total (constituida por dentistas, enfermeros, farmacéuticos, médicos y obstetras). A nivel mundial se estima que existe aproximadamente una escasez de 5,9 millones de profesionales, y se calcula que el 89% (5,3 millones) de este déficit se concentra en los países de ingresos bajos y medianos-bajos (3).



La pandemia COVID-19 ha dejado al descubierto la vulnerabilidad de los sistemas de salud mostrando la necesidad e importancia de los cuidados del profesional de enfermería a los pacientes en las áreas críticas, así como también, las buenas condiciones de trabajo incluyendo los equipos de protección individual y otros recursos, apoyo al trabajo en equipo y educación continua, resaltando el rol relevante que ejercen los profesionales de enfermería (3).

En la actualidad las enfermeras son fundamentales para la aplicación de los cuidados al paciente, prevenir y detectar complicaciones de forma precoz y colaborar con el equipo clínico de salud, para valorar la respuesta del paciente al tratamiento frente al COVID-19 (4). Durante el período de pandemia en nuestra región la enfermería ha cumplido un papel protagónico en la atención a los eventos de aumento agudo relacionados al COVID-19, impulsando ajustes en la organización, la dotación de personal y los procesos de atención de la UCI para satisfacer las crecientes demandas de atención de los pacientes críticos enfermos (5).

El Ecuador, ante la emergencia sanitaria amplió la gama de atención a los pacientes en áreas críticas, el personal de enfermería jugó un papel importante en la asistencia de cuidados a pacientes con COVID-19, el profesional de enfermería ha tenido que generar nuevos cuidados comunicativos, dónde se trasciende lo corporal y se motiva a este otro a observar, a escuchar de manera atenta, a rediseñar un lenguaje más lento, con la certeza que el otro entienda lo que se le comunica para brindar cuidados a los pacientes en áreas críticas desde una actitud humanista y comprensiva (6).

En el Hospital Luis G Dávila, al ser una institución de salud calificada para atender pacientes con COVID-19, es fundamental estudiar como las profesionales de enfermería actuaron durante esta crisis de salud, como desde su rol protagónico, aplicaron el proceso de atención de enfermería para contribuir a mejorar la condición de salud de los pacientes, familias y comunidad.

## **1.2. Formulación del Problema**

¿Cuál es el Proceso de Atención de enfermería al paciente COVID-19 en áreas críticas durante la pandemia Hospital Luis G Dávila, Tulcán, 2022?

### **1.3. Justificación**

La enfermedad COVID-19 fue declarada pandemia a nivel mundial el 11 de marzo del 2020, los profesionales de salud de primera línea han estado expuestos desde el inicio de la pandemia, el impacto severo en la atención de los pacientes con COVID-19 se vio gravemente afectada, el personal de salud se vio afectado por no poder brindar los cuidados necesarios, desarrollaron estrés, aumento de la carga laboral e improvisación en la planificación de cuidados en áreas críticas.

Esta investigación surge de la necesidad de identificar las intervenciones que realizan el personal de enfermería al paciente COVID-19 sustentadas en la aplicación del PAE en las áreas críticas durante la pandemia en el Hospital Luis G Dávila de Tulcán. Teniendo en cuenta el rol de enfermería en los servicios de salud, reconociendo las habilidades y conocimiento teóricos-prácticos del profesional de enfermería que día a día mantuvieron la fuerza laboral y mental para combatir la enfermedad con el único fin de mejorar la calidad de atención y salud de los pacientes que ingresan a UCI.

Los beneficiarios directos fueron los profesionales de enfermería de la Zona 1 del Ecuador a partir de contribuir nuevos conocimientos enfermeros basándose en la evidencia y los beneficiarios indirectos será la academia investigativa y la población atendida, generando el fortalecimiento de la profesión y la calidad de atención.

La investigación, es factible por el gran aporte científico que brindará a la disciplina del cuidado de enfermería proporcionado al paciente COVID-19 en las áreas críticas ante la pandemia, debido que actualmente existen estudios escasos que desarrollen la temática de las intervenciones aplicadas el PAE (Proceso de Atención de Enfermería) por parte del personal de enfermería en UCI, es un estudio viable porque se cuenta con la aprobación de la facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica del Norte, la autorización de la Dirección del Hospital y la participación de los profesionales de enfermería de la unidad hospitalaria. Además, se cuenta con los instrumentos validados.

## **1.4.Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo General**

Establecer el Proceso de Atención de Enfermería que llevó a cabo el profesional en áreas críticas, Hospital Luis G Dávila.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- Reconocer los elementos de la valoración al paciente COVID-19.
- Definir los diagnósticos de enfermería del paciente COVID-19 en áreas críticas.
- Identificar las intervenciones de enfermería al paciente COVID-19 en áreas críticas.

### **1.5.Preguntas de Investigación**

- ¿Cuáles son los elementos de valoración al paciente COVID-19?
- ¿Cuáles son los principales diagnósticos de enfermería del paciente COVID-19?
- ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería en paciente COVID-19 que se realizaron las áreas críticas?

## CAPÍTULO II

### 2. Marco Teórico

#### 2.1.Marco Referencial

##### **2.1.1. El impacto del COVID-19 en la carga de trabajo de enfermería y la planificación del personal de enfermería en Cuidados Intensivos: un estudio multicéntrico descriptivo prospectivo, 2021**

El impacto de la atención de los pacientes con COVID-19 en la carga de trabajo de enfermería y la planificación del personal de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos ha sido enorme, el objetivo del estudio fue describir las diferencias en la planificación del personal de enfermería en Cuidados Intensivos en el período COVID versus un período reciente no COVID. Método de estudio multicéntrico descriptivo prospectivo con datos del registro de calidad de la Evaluación Nacional de Cuidados Intensivos de los Países Bajos. Resultados, tanto un número significativamente mayor de pacientes por enfermera (1,1 frente a 1,0,  $p < 0,001$ ) como una puntuación de actividades de enfermería por enfermera de cuidados intensivos significativamente más alta (76,5 frente a 50,0,  $p < 0,001$ ) en el período COVID-19 en comparación con el período no COVID. El puntaje de actividades de enfermería fue significativamente mayor en los pacientes con COVID-19 en comparación con los pacientes con neumonía (55,2 frente a 50,0,  $p < 0,001$ ) y los pacientes sin COVID (55,2 frente a 42,6,  $p < 0,001$ ), principalmente debido a procedimientos higiénicos más intensos, movilización y posicionamiento, apoyo y atención a familiares y asistencia respiratoria. (7).

##### **2.1.2. Experiencias de enfermeras registradas de trabajar en la unidad de cuidados intensivos durante la pandemia COVID -19, 2021**

El 11 de marzo del 2020, el COVID-19 se declaró pandemia, Suecia alcanzó su punto máximo entre marzo y mayo ocasionando una urgente atención en la Unidad de Cuidados Intensivos, el objetivo del estudio describir las experiencias de enfermeras registradas suecas en el cuidado de pacientes con COVID - 19 en UCI durante la

pandemia. Diseño de método mixto, mediante cuestionarios en línea. Resultados, De las 282 enfermeras que participaron, la mayoría eran enfermeras de UCI (n = 151; 54%). La mitad de las enfermeras especializadas en UCI informaron que eran responsables de la atención en UCI de tres o más pacientes durante la pandemia (n = 75; 50%). Entre las enfermeras de cuidados no intensivos, solo el 19% recibió una introducción a la UCI COVID - 19 (n = 26). El análisis dio como resultado tres categorías: caída en el caos, disminución de la atención de enfermería y transición a la atención de la UCI por pandemia. Describieron cómo la seguridad del paciente y la calidad de la atención se vieron comprometidas, y que la atención de enfermería se vio gravemente afectada durante la pandemia. La situación de no poder brindar cuidados de enfermería resultó en estrés ético. Además, una mayor carga de trabajo y un peor entorno laboral afectaron la salud y el bienestar de las enfermeras. (8).

### **2.1.3. Responder a la pandemia de COVID-19: desarrollo de un modelo de emergencia de enfermería de cuidados críticos para satisfacer las necesidades de los pacientes y maximizar las competencias, 2021**

La actual pandemia COVID-19 creó demandas precedentes y sin precedentes en las unidades de cuidados críticos para satisfacer las necesidades de los pacientes y la prestación de servicios de salud en dónde las enfermeras de cuidados intensivos desempeñan un papel fundamental en el desarrollo de modelos de atención, el objetivo incluyó informar sobre el desarrollo acelerado de un modelo de emergencia de enfermería de cuidados críticos que responde a las crecientes necesidades de capacidad de cuidados intensivos. Método de estudio fue de cohorte observacional prospectivo exploratorio. Resultados, se encuestó a 147 enfermeras de cuidados no críticos; 99 (67,3%) se autoevaluaron en el nivel más bajo de competencia de cuidados críticos, mientras que 33 (24,3%) informaron sentirse capaces de ayudar a cuidar a un paciente críticamente enfermo bajo la dirección de una enfermera de cuidados críticos. Las necesidades de aprendizaje identificadas incluyeron el uso apropiado de equipo de protección personal en la unidad de cuidados intensivos (n = 123, 83,7%), el uso de equipo especializado (n = 103, 85,1%), ventilación mecánica básica y medicación vasoactiva. Completamos 11 asignaciones piloto de enfermería en equipo con díadas de enfermeras de cuidados críticos y no críticos categorizadas en niveles de

competencias. Las enfermeras informaron altos niveles de apoyo percibido y prestación de atención segura; Se identificaron múltiples recomendaciones para mejorar el modelo de atención y comunicación. (9).

#### **2.1.4. Impacto del COVID-19 en el tiempo de enfermería en unidades de cuidados intensivos en Bélgica, 2021**

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto significativo a la práctica laboral de enfermería a la carga de trabajo en UCI. El objetivo fue evaluar la relación enfermera-paciente requerida por los pacientes COVID-19 e identificar los factores que influyen en la enfermería en este contexto. El diseño fue un estudio observacional retrospectivo que evaluó la relación utilizando el Nursing Activities Score (NAS). Resultados, el estudio incluyó a 95 pacientes con COVID-19 y 1604 pacientes sin COVID-19 (grupo de control), lo que resultó en 905 y 5453 medidas NAS, respectivamente. El NAS fue significativamente mayor entre los pacientes con COVID-19 que en el grupo de control ( $p = <0,0001$ ). En el grupo de COVID-19, estas puntuaciones más altas también se observaron por turno y de manera uniforme en los tres hospitales. Los pacientes con COVID-19 requirieron más tiempo en las actividades de monitoreo y titulación ( $\chi^2 = 457.60$ ,  $p = <0.0001$ ), movilización ( $\chi^2 = 161.21$ ,  $p = <0.0001$ ) e higiene ( $\chi^2 = 557.77$ ,  $p = <0.0001$ ). Los factores que influyeron en el tiempo de enfermería medido por NAS en los pacientes COVID-19 fueron la edad  $<65$  años ( $p = 0,23$ ), el uso de hemofiltración venovenosa continua ( $p = 0,002$ ), una puntuación APACHE II alta ( $p = 0,006$ ) y la muerte del paciente. ( $p = 0,002$ ). (10).

#### **2.1.5. Vínculos de NANDA-I, NOC y NIC con el SARS-CoV-2 (COVID-19): Parte 2. Respuesta individual, 2020**

El profesional de enfermería ha sido el principal proveedor en primera línea frente a la pandemia que ha brindado atención continua para mejorar los problemas asociados a pacientes COVID 19. El objetivo brindar orientación a las enfermeras que atienden a personas con COVID-19, mediante terminologías de enfermería estandarizadas interoperables: NANDA, NOC Y NIC. Se usó el método de un proceso de consenso, siete enfermeras expertas crearon los vínculos para las personas durante la pandemia



de COVID 19. Resultados, se identificaron un total de 16 diagnósticos de enfermería de la NANDA como una base fundamental para el trabajo, organizados en dos dimensiones, fisiológica y psicosocial, identificando un total de 171 resultados NOC diferentes para orientar la atención a partir de los diagnósticos de enfermería y se identificaron 96 intervenciones NIC como intervenciones sugeridas. Se identificaron un total de 13 conceptos nuevos propuestos para un posible desarrollo futuro en las tres clasificaciones para mejorar la práctica de enfermería y determinar la eficacia de la contribución de las enfermeras a los resultados de los pacientes para las personas en riesgo o infectadas por COVID-19 (11).

Los principales resultados de las investigaciones realizadas hasta el momento sobre las intervenciones de enfermería en pacientes con COVID, se comprueba que el cuidado de enfermería fue un reto total el cuidado de un paciente COVID-19 empezando desde la valoración a cada paciente desde el contagio, y las diversas intervenciones que consistía en apoyo al estado respiratorio e intercambio gaseoso del individuo, ventilación y oxigenación, etc., deshidratación, temperatura, vigilancia de la piel y medidas de confort, un rol lleno de grandes desafíos al cuidado integral individualizado con el único fin de mejorar el estado de salud y proteger la vida de las personas, refieren las autoras que laboraron en la pandemia 2020-2021 existió muchas falencias por la cantidad personas contagiadas que ingresaban a UCI, los sistemas de salud colapsaron, existió déficit de equipos de protección personal (EPP), estrés, cansancio y carga laboral, a pesar de ello el personal sanitario no cesó en ningún momento especialmente el profesional de enfermería que en esta instancia es la heroína frente a la prestación de cuidados al paciente COVID-19.

## 2.2. Marco contextual

### Hospital General Luis G Dávila



*Ilustración 1. Hospital Luis G Dávila*  
<https://www.salud.gob.ec/hospital-general-provincial-de-tulcan-luis-g-davila/>

#### 2.2.1. Reseña histórica del Hospital General Luis G Dávila, Tulcán

El Hospital General Luis G Dávila fue fundado el 15 de 1913, cuando un terremoto afectó a la ciudad de Nariño, Colombia y parte de la región fronteriza del Ecuador, por lo que los habitantes de la zona convocaron para la construcción de una casa de salud destinada a atender a los heridos y enfermos que había dejado aquella catástrofe, en la población, por el cual solicitaron ayuda a las Hermanas de la Caridad de la ciudad de Ibarra quienes les ayudaron con implementos de primeros auxilios y gracias a las gestiones realizadas por las Hermanas de Caridad se logró adquirir un terreno en dónde funcionó el hospital por más de 80 años en su construcción y diseño tuvo importante participación el Dr. Carlos Velasteguí, Subdirector de Asistencia Social del Carchi; el Hospital en primera instancia se llamó San Vicente de Paúl (12).

En aquel tiempo el Dr. Luis Gabriel Dávila, reconocido médico, carchense y formado profesionalmente en Europa, encontrándose en la ciudad, colabora de una manera

decidida en la formación de la nueva casa de salud. Su aporte, a más del económico, principalmente se manifiesta en la prestación de sus servicios de manera desinteresada para la atención de pacientes de la comunidad. El Dr. Luis Gabriel Dávila fue Diputado en la provincia del Carchi, Senador de la República, Profesor de la Universidad Central y presidente de la Federación Médica Ecuatoriana, fallece a la edad de 47 años en la ciudad de Quito a causa de un paro cardíaco, desde ahí el legado de su vida laboral, surgió un gesto recordatorio que se da el nombre a la sala de maternidad del Hospital en 1944 y diez años más tarde a todo el Hospital (12).

### **2.2.2. Misión y visión del Hospital Luis G Dávila**

El Hospital Luis G Dávila cuenta con la misión y visión que menciona lo siguiente (13):

#### **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 justicia y equidad social.*

#### **Visión**

*Ser reconocidos por la ciudadanía como hospitales accesibles que prestan 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.*

### 2.2.3. Definición del área de estudio Hospital General Luis G Dávila, Tulcán

El Hospital General Luis G Dávila está localizado en la Avda. San Francisco y Gustavo Backer al norte de la ciudad de Tulcán, provincia de Carchi, frontera con Colombia. El Hospital General Provincial "Luis G. Dávila" desde el 4 de febrero de 2013 funciona en un nuevo y moderno edificio construido con el apoyo del Gobierno Nacional.

El Hospital General Luis G Dávila es una entidad operativa desconcentrada de segundo nivel que cuenta con 166 camas y 620 personas que laboran entre profesionales de personal administrativo con una variedad de servicios en: Consulta Externa: Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna, Cirugía General, Traumatología, Cardiología, Cirugía Máxilo facial, Dermatología, Psicología, psiquiatría, Endocrinología, Urología, Gastroenterología, Oftalmología, Odontología, Asesoría Genética, Gerontología, Servicios de Rehabilitación y Servicios de Endoscopía (14).

#### - Servicios al alcance de la población

<b>Servicios</b>	
<b>Internación:</b>	<b>Número de camas</b>
Quirúrgica	25
Ginecología	56
Medicina Interna	25
Pediatría	40
Unidad de Cuidados Intensivos	Cuenta con 4 puestos
<b>Emergencia:</b>	
17 box de Observación, 1 box de choque, 5 box de Atención y 4 box de atención Gineco-Obstétricos.	
<b>Neonatología:</b>	
16 puestos, Básica (4), Intermedia (4), Intensivos (4) y Aislados (4).	
<b>Centro Quirúrgico:</b>	
4 Quirófanos, Quirófanos Traumatología (1), Quirófano Polivalente (3).	
<b>Centro Obstétrico:</b>	
2 Salas de Parto, 1 Quirófano para Cesáreas.	
<b>Servicios de apoyo:</b>	Ecografía, Radiología, Mamografía, Tomografía y laboratorio clínico (LAC 2). Farmacia

Es el cuarto hospital de 44 hospitales del Ministerio de Salud Pública que forman parte del proceso de acreditación hospitalaria a cargo de Accreditation Canada International, con el promedio de 98,55 nivel Oro, la atención beneficia a más de 176.000 personas de Carchi y el Cordón Fronterizo con la República de Colombia, la salud no tiene fronteras (14).

#### **2.2.4. Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Luis G Dávila, Tulcán**

La capacidad de la Unidad de Cuidados Intensivos recientemente mencionada es de 8 camas, mientras que en la crisis sanitaria se reincorporó 45 camas de hospitalización con una proyección de crecimiento hasta 78 camas, el personal de salud contratado cuenta con 43 profesionales entre médicos, enfermeras, cardiólogos y tecnólogos en terapia física, permitiendo ampliar el horario de atención (15).

## **2.3.Marco Conceptual**

### **2.3.1. Teoría Florence Nightingale**

Florence Nightingale precursora de la Enfermería Moderna – teoría del entorno, base de la práctica enfermera, enfocada en cinco elementos esenciales necesarios en la aplicación de cuidados de enfermería de un entorno saludable (ventilación, temperatura, silencio, dieta e higiene). El personal de enfermería desempeña un papel muy activo en el cuidado directo al paciente, es el encargado de proteger el entorno y las condiciones sanitarias del paciente incluyendo la habilidad educativa e investigativa en los principios científicos de los cuidados del paciente y cómo pensar como una enfermera, el pensamiento crítico (16).

Esta teoría se relaciona con el tema de investigación debido a que Florence Nightingale se basa al entorno para el cuidado de salud del paciente que implica cuidar al paciente con humildad y empatía por parte del profesional de enfermería, siendo un ente referente para contribuir cuidados holísticos individualizados en la atención integral de enfermería mediante procesos de atención al paciente que hoy día se los conoce como PAE, siendo así fundamental los cuidados basados en esta teoría en la persona y del entorno al paciente contagiado de COVID 19, demostrando que el personal de enfermería es un componente esencial frente a enfermedades crónicas que su único labor satisfacer las necesidades de los demás apoyándose de los elementos del entorno que afectan a la mejoría del paciente.

### **2.3.2. Teoría de Virginia Henderson**

Henderson propuso las 14 necesidades humanas básicas basadas en la atención de enfermería para la determinación de las diversas funciones del profesional de enfermería, con la finalidad de ayudar a la persona enferma o sana mediante la realización de actividades contribuyentes a la salud y pronta recuperación (o muerte tranquila), de tal manera a hacerlo ganar independencia al paciente enfermo. Además, identificó tres niveles de relación enfermera-paciente que consiste en el mejoramiento

y cuidado en la atención del individuo, afirmando el trabajo en equipo que la enfermera labora en interdependencia con los demás profesionales sanitarios y con el paciente (16).

La teoría de Virginia Henderson es de gran apoyo y perjudicial a la investigación por el rol del personal de enfermería al cuidado del paciente, según la realidad de cada paciente a un cuidado autónomo y por la interdependencia que ejecuta con los demás profesionales de salud en busca de un cuidado priorizado hacia al paciente permitiendo así estandarizar cuidados a los pacientes COVID 19 de acuerdo a las necesidades que presente el paciente al momento de la valoración, para luego utilizar las taxonomías NANDA, NOC Y NIC en la priorización de problemas y a la ejecución de planes de cuidado.

### **2.3.3. Evolución del Proceso de atención de enfermería**

El Proceso de Atención de Enfermería se introdujo en el decenio de 1950-1959 integrado por los tres pasos de valoración, planeación y evaluación, que se basan en el método científico de observación, medición, obtención y análisis de datos, lo que tomó años de estudio, práctica y dedicación condujeron a las enfermeras a expandir el proceso de enfermería en cinco años constituyendo un método eficiente para organizar los procesos de pensamientos en las tomas de decisiones clínicas, resolución de problemas y provisión de cuidados de mayor calidad personalizados en el bienestar del paciente. (17).

La primera generación del proceso enfermero se desarrolla entre los años 1950-1970 en dónde dicho paradigma retoma orientaciones en salud pública y enfermedad caracterizados por la necesidad de aplicar principios de higiene en el entorno, proporcionar al individuo un entorno saludable para la restauración de la salud dichos principios que ya estaban presentes desde Nightingale quién fue precursora del cuidado en la guerra de Crimea en Inglaterra basado en el entorno, aire fresco, limpieza, luz, agua, tranquilidad y dieta adecuada para la salubridad del mismo. El

metaparadigma de enfermería era considerar a la persona un ser capaz de modificar su entorno que serviría para la recuperación y prevención de la enfermedad (18).

El inicio del desarrollo del proceso enfermero surge cuando un grupo de académicas-teóricas señalan la importancia del actuar de enfermería sustentándose a una base científica como profesión y no solamente al guiarse por el método médico. En el año 1955 Hall consideró por primera vez la actuación de enfermería como un “proceso” centrado en cuidados al usuario en 24 horas al día permitiendo desarrollar los planes de cuidados, al paso del tiempo se aportaron otras teóricas de enfermería, en los años 1959, 1961 y 1963, Jhonson, Orlando y Wiedenbach consideraron que este proceso constaba de tres etapas valoración, planeación y ejecución. Finalmente, en 1967 Yura y Walch describieron cuatro fases, evaluación que se verifica los resultados obtenidos por el mismo profesional de enfermería agregando una más a las anteriores ya mencionadas (18).

En los inicios de la segunda generación del proceso enfermero entre los años 1970 y 1990 una vez transcurrido el paradigma de integración y comenzado el auge del paradigma de transformación, se retoma el metaparadigma, es decir a la persona como ser integral para mantener su salud, al entorno como interacción constante de situaciones que le rodea, la salud perdió subordinación de la enfermedad y adquirió una identidad propia y el cuidado a una visión integral de cada persona. El proceso enfermero se ve establecido cuando Bloch en 1974, Roy en 1975, Mundinger y Jauronen en 1975, Aspinall en 1976 y algunos autores más, añadieron la etapa del diagnóstico al definir y justificar la existencia de un juicio clínico de enfermería que hacía explícito el problema existente, conformando el PE con las cinco etapas que actualmente se conoce, así mismo las investigaciones en el ámbito de enfermería comienzan a elaborarse alrededor del objeto de cuidado y surgen los primeros modelos conceptuales del cuidado de enfermería que completan la formación de los profesionales por Orem, Henderson, Peplau, King, Roy y Allen (18).

Los lenguajes estandarizados en la práctica de enfermería planteados en la segunda generación fueron consolidados con la clasificación y elaboración de taxonomías para el uso y mantenimiento en los medios hospitalarios, como la clasificación de



intervenciones en 1992 y diagnósticos de enfermería en 1994. En 1997 fue publicada la clasificación de resultados de enfermería conforme a las distintas observaciones para el uso simultáneo del personal de enfermería que hasta el día de hoy se actualiza la NANDA, NOC Y NIC (18).

#### **2.3.4. Definición Proceso de Atención de Enfermería**

El proceso de enfermería es un método sistemático de pensamiento crítico, el cual promueve un nivel competente de cuidados, representa una resolución deliberada de problemas, y engloba todas las acciones importantes que realizan el personal de enfermería, por lo cual establece la base de decisiones. El uso del proceso de atención de enfermería establece la plataforma del razonamiento crítico, permite organizar tanto actividades cognitivas como la entrega de cuidados de enfermería, es más que una guía para la planificación y documentación formal de los cuidados. Es lo que debe guiar el pensamiento de las enfermeras diariamente. Las habilidades y capacidades que enfermería debe poseer al usar el proceso de enfermería, se pueden dividir en 3 categorías: cognitiva, (pensamiento, razonamiento) psicomotora (hacer) y afectiva (sentimientos, valores) (19).

#### **2.3.5. Objetivos del Proceso de Atención de Enfermería**

- Sirve de instrumento de trabajo para el personal de enfermería, imprimiendo a la profesión un carácter científico.
- Contribuye a que los cuidados de enfermería se realicen de manera dinámica, deliberada, consciente, ordenada y sistematizada, traza objetivos y actividades evaluables,
- Permitir desarrollar una base de conocimientos propia, de este modo, la enfermería logra autonomía y reconocimiento social (20).

### 2.3.6. Fases del Proceso de Atención de Enfermería

- **Valoración:** Consiste en la recolección sistemática de datos objetivos y subjetivos relacionados con el paciente para establecer una base de datos sobre la respuesta del paciente a su enfermedad.
- **Diagnóstico:** Análisis de los datos obtenidos para identificar las necesidades o los problemas de salud que pueden evitarse o resolverse con las intervenciones de enfermería, en dónde se debe preparar una lista de problemas de enfermería.
- **Planeación:** Proceso dividido en dos partes que busca identificar los objetivos y los resultados que se desean en el paciente con el objetivo de atender las necesidades definidas de salud y bienestar, y ejecutar las intervenciones de enfermería apropiadas de una manera organizada, individualizada y dirigida a los objetivos.
- **Aplicación:** Realización y registro del plan de cuidados de enfermería planificadas con el fin de restaurar la salud y facilitar un afrontamiento a la alteración de la función del paciente.
- **Evaluación:** Determinación del avance del paciente para alcanzar los resultados y vigilancia de su respuesta a las intervenciones de enfermería seleccionadas, así como su efectividad, con el objetivo de continuar, modificar o terminar el plan de asistencia (19).

### 2.3.7. COVID-19

#### - Definición

La infección por SARS-CoV2 (el nombre inicial era 2019-nCoV) que causa la enfermedad por coronavirus 2019 COVID-19. Los coronavirus (CoV) son una gran familia de Coronavirinae que afectan tanto a humanos como a animales. Hasta la fecha, se han identificado seis HCoV, el Síndrome Respiratorio Agudo Severo-Coronavirus2 (SARS-CoV2) se clasifica en el grupo beta-CoV. Antes de los dos últimos brotes

letales de HCoV por coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV) y coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV), estos virus se consideraban relativamente benignos (21).

#### - **Etiología**

Son virus pleomórficos o esféricos, que presentan ARN como genoma y cuyo tamaño oscila entre los 80 a 120 nm de diámetro. Superficialmente se pueden observarse proyecciones de glicoproteína spike (S), y la mayoría de los betacoronavirus posee dímeros de proteínas hemaglutinina-esterasa (HE). La envoltura viral consta de dos principales proteínas que resaltan: la proteína M y la proteína E, siendo la primera más abundante, y la segunda se caracteriza por su carácter hidrofóbico; ambas proteínas se encuentran fusionadas con las membranas lipídicas obtenidas de la célula denominada hospedera. El genoma, está constituido por el ARN de cadena simple, no segmentado y polaridad positiva cargado con aproximadamente entre 27 a 32 Kilobases, los cuales codifican para 16 proteínas no estructurales; para así evitar desintegración del genoma, el ARN se encuentra unido a una proteína estructural conocida como la nucleoproteína (Proteína N) (22).

Son virus de ARN envueltos que se distribuyen entre los humanos, mamíferos y aves y causan enfermedades respiratorias, entéricas, hepáticas y neurológicas. Se sabe que seis especies de coronavirus causan enfermedades humanas. Existen cuatro virus, 229E, OC43, NL63 y HKU1, son prevalentes y causan síntomas de resfriado común en personas inmunocompetentes. Las otras dos cepas, el coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV) y el coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV), de origen zoonótico y se relacionan con enfermedades a veces mortales (23).

### 2.3.8. Vías de transmisión

La transmisión de SARS-CoV-2 se caracteriza por mecanismos directos e indirectos:

**Directos:** SARS-CoV-2 se transmite, como en la mayoría de los virus respiratorios, mediante secreciones respiratorias, siendo este mecanismo principal de la transmisión (persona a persona).

- **Transmisión por gotas:** tienen un tamaño  $> 5-10 \mu\text{m}$ ; se produce al hablar, toser, estornudar, cantar o respirar. Desplazándose aproximadamente un metro de distancia al hablar y hasta cuatro metros al toser o estornudar.
- **Transmisión por aerosoles:** partículas de tamaño  $< 5 \mu\text{m}$  quedan suspendidas en el aire ambiente siendo infectivas por al menos en tres horas, con una mayor concentración en las fases iniciales de la enfermedad y durante la realización de los procedimientos que generen aerosoles como la intubación endotraqueal, broncoscopia y la resucitación cardiopulmonar. Se desplazan de ocho a diez metros de distancia. En algunos modelos experimentales se ha demostrado que, en una conversación de 10 minutos, una persona infectada puede producir hasta 6,000 partículas de aerosoles (24).

**Indirectos:** Vía de transmisión por contacto, el virus es depositado en distintas superficies por las gotas o aerosoles producidos por individuos infectados en dónde permanecen viable por tiempo variable en función de las características. Así mismo, el contacto con algún fómite y, posteriormente, con alguna mucosa (oral, nasal o conjuntival) que puede ocasionar la infección (24).

- **Otros mecanismos:**

**Fecal oral:** Ocurre dada la capacidad de infección a las células del epitelio intestinal por el receptor en la enzima convertidora de la angiotensina 2(ACE2) y la proteasa TMPRSS2. Se reporta excreción viral prolongada en los pacientes asintomáticos.

**Vertical:** En estudios recientes de Dong se reportó un caso de un recién nacido hijo de una madre portadora de COVID-19, se encontró elevada la IgM después de dos horas del nacimiento, pero en el hisopado faríngeo para SARS-CoV-2 fue negativo (24).

### 2.3.9. Fases del COVID-19

- **Fase I de inicio de infección y respuesta viral:** (PCR Nasofaríngea positiva, Anticuerpos negativos). Desde el día 1 al día 7 aproximadamente desde el inicio de los síntomas.
- **Fase II o Fase pulmonar:** Desde el día 7 al día 10-15. Fase de la neumonía (control radiológico, fundamentalmente TAC Torácico con imágenes sugestivas). Hay replicación viral en secreción de vías respiratorias (PCR positiva). Serología IgM/IgG comienza a ser positiva.
- **Fase III o Fase Hiperinflamatoria:** Parte desde el día 10-15, especialmente en adultos mayores de 65 años y pacientes inmunodeprimidos o con otros factores de riesgo, ya que estos pacientes no se activan de forma importante el interferón y por lo tanto no activa la regulación inmunológica produciéndose una desregulación con una respuesta inflamatoria exacerbada (25).

### 2.3.10. Manifestaciones clínicas

- Fiebre o escalofríos
- Tos
- Disnea
- Fatiga
- Dolores musculares o corporales
- Cefalea
- Nueva pérdida del gusto o del olfato
- Dolor de garganta
- Congestión o secreción nasal
- Náuseas o vómitos

- Diarrea
- Mialgias

### **2.3.11. Factores de riesgo**

- Edad
- Hipertensión
- Obesidad
- Diabetes
- Enfermedades cardiovasculares
- Enfermedades pulmonares crónicas.

### **2.3.12. Diagnóstico**

Las pruebas de diagnóstico para la infección aguda por SAR-CoV-2 se realizan con NAAT moleculares o ensayos basados en antígenos disponibles como RDT. Los NAAT moleculares detectan la presencia de objetivos virales incluidos los genes N, S y E y el marco de lectura abierto lab (ORF lab). Los ensayos de reacción de cadena de la polimerasa con transcriptasa (RT-PCR) son las NAAT de diagnóstico del SARS-CoV-2 las más utilizadas en el mundo. Las pruebas basadas en antígenos también denominadas inmunoensayos detectan dominios de las proteínas de superficie, incluidos los dominios de unión al receptor, la nucleocápside y la espiga, que son específicos del SARS-CoV-2. Aunque ambas técnicas son altamente específicas, las NAAT son generalmente más sensibles que las pruebas basadas en antígenos porque amplifican las secuencias genómicas diana. Las pruebas para detectar anticuerpos IgG o IgM del huésped contra el SARS-CoV-2 no deben usarse para diagnosticar una infección aguda (26).

La OMS, los CDC y el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades respaldan y recomiendan el uso de RDT para el diagnóstico en personas que tienen síntomas compatibles con Covid-19 y en la detección de personas asintomáticas que tienen alto riesgo de SARS agudo -Infección por CoV-2. La

Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América (IDSA) recomienda una RDT de RT-PCR molecular o una NAAT basada en laboratorio sobre las RDT basadas en antígenos tanto para la prueba de personas sintomáticas como para la detección de personas asintomáticas. Sin embargo, la IDSA reconoce que las PDR basadas en antígenos pueden ser útiles en áreas donde las pruebas moleculares no están fácilmente disponibles ni son factibles (26).

Las pruebas rápidas serológicas para el diagnóstico de COVID-19 son exámenes inmunocromatográficos o de inmunoensayo de flujo lateral, sencillos y muy fáciles de realizar que se detectan en un solo paso, los anticuerpos contra el virus. Las muestras que se analizan son muestras de suero, plasma o sangre total, estas pruebas son rápidas y complementarias, pero no sustituyen la detección del material genético viral por RT-PCR. La sintomatología del COVID-19 es tan compleja que las pruebas serológicas de IgG e IgM específicas a SARS-CoV-2 no deben ser utilizadas como un diagnóstico definitivo sino siempre es necesario el análisis molecular genético para detectar la infección.

Las muestras del tracto respiratorio aumentan la sensibilidad de las pruebas moleculares siendo fáciles de obtener, la toma de muestra recomendada por la OMS es que el material se colecte en un hisopo de punta sintética y un eje de aluminio plástico, que consiste el procedimiento en introducir el hisopo y frotar en la fosa nasal paralela al paladar, manteniendo el hisopo en ese lugar unos segundos para permitir la absorción de la secreción. Es de gran importancia realizar una correcta técnica de la absorción ya que puede alterar el diagnóstico (27).

### **2.3.13. Tratamiento**

Hasta el momento no hay un tratamiento antiviral específico aprobado por el Cuadro Nacional de Medicamentos del FDA. Los pacientes con cuadros leves deben ser manejados sintomáticamente y aislados en su casa. Los casos graves son aislados en centros de atención y un tratamiento para aliviar síntomas generales de COVID 19, la oxigenoterapia, soporte respiratorio con o sin ventilación mecánica.

Los medicamentos antivirales utilizados son la ribavirina y combinación de lopinavir/ritonavir y remdesivir. Los tratamientos que se están evaluando incluyen programas de prevención de la diseminación de la infección, terapia con antivirales antimaláricos (cloroquina e hidroxiclороquina), inmunomoduladores, y la terapia biológica, también, se viene utilizando interferón, corticoide, antibióticos y vitamina C. Desde los inicios de la aparición de COVID 19 a nivel mundial se está trabajando en el desarrollo de una vacuna efectiva y segura para combatir el virus (28).

#### **2.3.14. Áreas críticas**

##### **- Unidad de cuidados intensivos**

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) son servicios dentro del marco institucional hospitalario que poseen una estructura diseñada para mantener las funciones vitales de pacientes en estado crítico de perder la vida, creadas con la finalidad de recuperación siendo al mismo tiempo susceptible (29).

Son servicios centrales de carácter polivalente que funcionan en estrecha relación con el resto de los servicios hospitalarios y del área de la salud, que se atienden pacientes médicos y quirúrgicos caracterizados por su condición crítica y potencialmente recuperable, estas unidades cuentan con modernos equipos de monitoreo, diagnóstico y tratamiento que permiten evaluar un gran número de parámetros clínicos, detectar alteraciones de los diferentes sistemas e infundir medicamentos especiales en dosis que deben ser controladas estrictamente. El manejo correcto de sueros, antibióticos, drogas vasoactivas, anticoagulantes etc., y equipos, monitores multipropósito, ventiladores mecánicos máquinas de diálisis etc., en donde el personal de salud debe tener un alto entrenamiento y dedicación ya que la evolución del paciente depende en gran medida de la consecución de los planes de tratamiento que se proponen (30).



### **2.3.15. Profesional de enfermería en el área crítica**

El profesional de enfermería que labora en áreas críticas cumple un rol con un mayor adiestramiento y capacitación, así como de más responsabilidad en el cuidado del paciente. La función de la enfermera profesional se ha ampliado a fin de incluir no únicamente la atención de casos graves en que peligren vidas, sino también los cuidados preventivos y la educación, tanto al paciente como a sus familiares, acerca del cuidado de la salud (31).

Los cuidados de enfermería implican un conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes y procesos complejos para la toma de decisiones y llevar a cabo la práctica de modo apropiado con actitudes propias de la profesión de enfermería al servicio de la resolución de los problemas de salud y prevención que involucra también aspectos espirituales y éticos. El personal de enfermería de áreas críticas está caracterizado por actividades asistenciales y administrativas complejas que exigen capacidad técnica y científica en la adopción de toma de decisiones, manejo de protocolos y recomendaciones que se deben llevar a cabo (32).

Las competencias de enfermería generales para trabajar en UCI son:

- Administración del cuidado de enfermería
- Implementación del cuidado de enfermero de mayor complejidad
- Toma de decisiones
- Liderazgo
- Comunicación
- Educación continuada/permanente
- Administración de recursos humanos
- Administración de recursos materiales.

La carga laboral del profesional de enfermería en áreas críticas está directamente relacionada con la calidad de los cuidados enfermeros, la seguridad del paciente y el gasto sanitario (32).

### 2.3.16. Funciones de enfermería en áreas críticas

- **Función asistencial:** Cuidado directo como indirecto de los pacientes y las actividades para la coordinación de cuidados, siendo esta función la más larga de todas las funciones que ejercen los enfermeros dentro de las áreas críticas.
- **Función docente:** El personal que labora en las unidades de cuidados críticos tienen el deber de enseñar a los alumnos provenientes de la universidad de enfermería, como también los diferentes masters y cursos que realizan. A esto se asocia planes para aumentar la seguridad en el entorno del paciente, disminución de eventos adversos y sensación de inseguridad del personal mediante fundamentaciones y principios científicos.
- **Función administrativa:** Planificación de los cuidados de enfermería, colaboración de la organización de la unidad, necesidades personales y materiales, asistencia de reuniones con el fin de conocer los objetivos y tener información, gestión de recursos humanos y materiales y mantenimiento de la desinfección y esterilización de materiales no desechables.
- **Función investigadora:** Emplea el 2 % del tiempo enfermero en proporcionar a pacientes los cuidados adecuados que se basan en la evidencia, adaptación de forma permanente de nuevas necesidades de acuerdo al desarrollo de la ciencia y lograra expectativas sobre el sistema sanitario para adoptar un compromiso con la calidad (32).

### 2.3.17. Enfermería en áreas críticas de la pandemia COVID-19

El personal de enfermería en áreas críticas se ha destacado por el conocimiento en un área específica que se requiere una habilidad en la atención de pacientes críticos lo que brindan mayor capacidad de solucionar problemas y priorizar los cuidados específicos

que amerite el paciente según su estado de salud, en la pandemia COVID-19 se vio saturado por falta de personal en el área crítica y las complicaciones que reflejaba la enfermedad. Es por ello que se evidenció la necesidad de personal de enfermería especialista en áreas designadas para pacientes COVID-19 ya que ahí llegan pacientes que solo necesita apoyo respiratorio y se resuelve con oxigenoterapia mientras que otras personas llegan en estado gravemente crítico con necesidad de ventilación mecánica, el enfermero general cuenta con el conocimiento básico y la experiencia en atención a pacientes críticos, y un enfermero especialista tiene un mayor conocimiento de ese tipo de situaciones de acuerdo a la formación profesional, se recalca que el enfermero general también puede cumplir con las necesidades y demandas del paciente así como una atención oportuna y de calidad (33).

#### **2.3.18. Cuidado de enfermería en el área crítica COVID-19**

La dinámica de los cuidados es cambiante y eso depende de la complejidad del estado del paciente, la infección puede progresar hasta la forma más severa de la enfermedad que incluye disnea y dolor torácico, compatibles con neumonía en el 75% de los casos. El periodo entre el inicio de los síntomas por COVID-19 hasta la muerte varía entre los 6 y los 41 días, con una mediana de 14 días y cambia dependiendo de la edad del paciente y estado inmune del paciente, todas estas variables inclinan la balanza hacia un cuidado crítico, que va lleno de grandes retos, desafíos, y vulnerabilidades para los profesionales y pacientes (34).

## **2.4.Marco Legal**

### **2.4.1. Constitución de la República del Ecuador**

La Constitución de la República del Ecuador elaborada en el 2008, en el capítulo segundo, Derechos del Buen Vivir, sección VII sobre Salud, artículo 32 plantea que (35):

*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”*

### **2.4.2. Ley Orgánica de Salud**

En el capítulo III, De derechos y deberes de las personas y del Estado en relación con la salud, en el art. 9 plantea que (36):

*Art. 9.- “Corresponde al Estado garantizar el derecho a la salud de las personas, para lo cual tiene, entre otras, las siguientes responsabilidades:”*

*d) Adoptar las medidas necesarias para garantizar en caso de emergencia sanitaria, el acceso y disponibilidad de insumos y medicamentos necesarios para afrontarla, haciendo uso de los mecanismos previstos en los convenios y tratados internacionales y la legislación vigente;*

### **2.4.3. Plan Nacional de Creación de Oportunidades**

El Plan Nacional de Creación de Oportunidades, en el objetivo 6 refiere que (37):

*Eje social*

## **Objetivo 6. Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad**

*La OMS define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” y “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.*

*“El abordaje de la salud en el Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025 se basa en una visión de salud integral, inclusiva y de calidad, a través de políticas públicas concernientes a hábitos de vida saludable, salud sexual y reproductiva, DCI, superación de adicciones y acceso universal a las vacunas.”.*

*Como nación existe la necesidad de concebir a la salud como un derecho humano y abordarlo de manera integral enfatizando los vínculos entre lo físico y lo psicosocial, lo urbano con lo rural, en definitiva, el derecho a vivir en un ambiente sano que promueva el goce de las todas las capacidades del individuo.*

### **Políticas**

**6.2. Asegurar el acceso universal a las vacunas y la adopción de medidas sanitarias para la prevención en la incidencia de enfermedades infectocontagiosas en la población.**

## 2.5. Marco Ético

### 2.5.1. Principios Bioéticos en Enfermería

Esta investigación se basa en los cuidados brindados a los pacientes ya que conlleva acciones fundamentales por parte del profesional de salud que consta de principios básicos a la atención de calidad segura y eficaz (38).

*“Principio de beneficencia: se basa en la necesidad de no hacer daño, de siempre hacer el bien, el personal de enfermería debe ser capaz de comprender al paciente a su cargo, y ver al paciente como el mismo”.*

*“Principio de la no maleficencia: se trata precisamente de evitar hacer daño, evitar la imprudencia, la negligencia. Se debe prevenir el daño físico, mental, social o psicológico”.*

*“Principio de la justicia: encierra en su significado la igualdad, la equidad y la planificación; se basa precisamente en atender primero al más necesitado de los posibles a atender; exige tratar a todas las personas por igual, sin discriminación de raza, etnia, edad, nivel económico o escolaridad; jerarquizar adecuadamente las acciones a realizar; hacer uso racional de los recursos materiales para evitar que falten cuando más se necesiten”.*

*“Principio de autonomía: se define como la capacidad que tiene la persona de tomar decisiones en relación con su enfermedad. Esto implica tener información de las consecuencias de las acciones a realizar. El principio de autonomía también supone respeto por las personas, tratarlas como lo que es. El mantenimiento de la autonomía del paciente supone considerarlo capaz para la toma de decisiones; para eso es necesario establecer una relación interpersonal sin coacción, ni persuasión, donde prevalezcan la información, las dudas y la consideración de los aspectos*

*de su vida cotidiana. El objetivo de la información no es convencer al paciente de la propuesta que se le hace, sino que este pueda tener más argumentos para tomar decisiones relacionadas con su salud”*

### **2.5.2. Código Deontológico Internacional de Enfermería**

En la presente investigación se ha tomado en cuenta el Código deontológico del CIE (Código Internacional de Enfermería) para la profesión de enfermería. La finalidad del CIE comprende el actuar en el trabajo de enfermería mediante los valores y necesidades sociales, los elementos del código manifiestan que (39):

#### ***La enfermera y las personas***

*“El profesional de enfermería promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad”.*

#### ***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 y la profesión***

*“La enfermera tiene la función principal de establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería”.*

#### ***La enfermera y sus compañeros de trabajo***

*“La enfermera mantendrá una relación respetuosa de cooperación con las personas con las que trabaje en la Enfermería y en otros sectores*

## CAPÍTULO III

### 3. Metodología de la Investigación

#### 3.1. Diseño de la Investigación

Estudio con diseño cuantitativo y no experimental.

- **Cuantitativo:** La investigación cuantitativa se basa en la recopilación y análisis de datos, que intentan inferir la fuerza de las correlaciones entre las variables, generalizaciones y objetivación de resultados en una población a partir de una muestra. (40). Este estudio utilizó un enfoque cuantitativo, ya que la información obtenida a través de una encuesta que se aplicó al personal de enfermería, fue sistematizada para su análisis se utilizó estadística descriptiva.
- **No experimental:** Fue un estudio donde no cambiamos previamente las variables independientes para visualizar sus efectos sobre otras variables (40). En la investigación no experimental, se observan los fenómenos o acontecimientos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos, por otro lado, no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes. Este es un estudio no experimental porque se analiza el fenómeno sin variables manipuladas.

#### 3.2. Tipo de Investigación

La investigación es de tipo descriptiva transversal.

- **Descriptiva:** La investigación descriptiva tiene como objetivo ilustrar los atributos, perfiles y características de las personas, grupos, comunidades, objetos, y puntualizar las características de la población que está estudiando. En donde permite establecer la estructura o el comportamiento de los fenómenos en estudio, proporcionando información sistemática y comparable (41). Este estudio describe las características sociodemográficas de la



población y el papel de los cuidados brindados por parte del personal de enfermería en la pandemia de COVID 19, así como los factores que limitan su desempeño como el estrés, el afrontamiento y la carga laboral en las áreas estudiadas.

- **Transversal:** Un estudio transversal es la evaluación de un momento específico y determinado de tiempo, en contraposición a los estudios longitudinales que involucran el seguimiento en el tiempo, además corresponde a una única medición en un lapso, y que en ese contexto planeamos analizar la relación de asociación entre variables (42). Es un tipo de estudio de carácter estadístico, epidemiológico y demográfico, siendo útil ya que con ello podemos evidenciar los diagnósticos e intervenciones que se implementaron mediante valores.

### **3.3.Localización y Ubicación de estudio**

El presente estudio se realizó en el Hospital General Luis G Dávila, que se encuentra ubicado en la ciudad de Tulcán, Provincia del Carchi, entre las calles, Avenida San Francisco entre Gustavo Becker y García Lorca perteneciente a la Zona 1 del Ecuador.

### **3.4.Población**

#### **3.4.1. Universo**

El universo estuvo constituido por 158 profesionales de enfermería que laboran en el Hospital General Luis G Dávila de Tulcán.

#### **3.4.2. Muestra**

Es una muestra probabilística a conveniencia, estuvo conformado por 70 profesionales de enfermería, considerando únicamente profesionales que laboran y laboraron en el área de Unidad de Cuidados Intensivos, dedicados al cuidado de pacientes COVID-19.

### **3.4.3. Criterios de Inclusión**

- Profesionales de Enfermería que brindan cuidado directo a pacientes afectados con COVID 19 en las áreas críticas de COVID 19 del Hospital General Luis G Dávila de Tulcán.
- Profesionales de Enfermería que acepten ser parte de la investigación, es decir que acepte responder a la encuesta que se les va a realizar.

### **3.4.4. Criterios de Exclusión**

- Profesionales que no acepten ser parte de esta investigación.

### 3.5. Operacionalización de Variables

<b>Objetivo 1:</b> Reconocer los elementos de la valoración al paciente Covid-19.						
<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>	<b>Instrumento</b>
Valoración de enfermería	Es la recogida intencionada y sistemática de información sobre un paciente para determinar su estado de salud y funcional actual y pasado y sus patrones de afrontamiento actuales y pasados (43).	Valoración	Cualitativa nominal	¿La valoración del paciente Covid-19 usted la realizó a través de?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 14 Necesidades de Virginia Henderson</li> <li>• Patrones funcionales Marjory Gordon</li> <li>• Necesidades básicas de Abram Maslow</li> <li>• Dominios</li> </ul>	Cuestionario
		Oxigenación	Cualitativa nominal	En la primera necesidad respiratoria de un paciente contagiado con Covid-19, usted valoró: Frecuencia respiratoria.	1. Si 2. No 3. A veces	Cuestionario
				En la primera necesidad respiratoria de un paciente contagiado con Covid-19, usted valoró: Saturación parcial de oxígeno		
En la primera necesidad respiratoria de un paciente contagiado con Covid-19, usted valoró: Tipo de respiración (Respiratorio Kussmaul, cheyne Stokes o						

				también conocido como ciclopnea, respiración de Biot)		
				En la primera necesidad respiratoria de un paciente contagiado con Covid-19, usted valoró: Ruidos respiratorios (Estertores, estertores crepitantes, de frecuencia más baja, sibilancias y roncus)		
				En la primera necesidad respiratoria de un paciente contagiado con Covid-19, usted valoró: Permeabilidad de la vía		
				En la primera necesidad respiratoria de un paciente contagiado con Covid-19, usted valoró: Presencia de secreciones		
		Eliminación	Cualitativa nominal	De acuerdo a la necesidad de eliminación de un paciente Covid-19, usted registró o valoró: Frecuencia de eliminación fecal.	1. Si 2. No 3. A veces	Questionario
				De acuerdo a la necesidad de eliminación de un paciente Covid-		

				19, usted registró o valoró: Características de las heces		
				De acuerdo a la necesidad de eliminación de un paciente Covid- 19, usted registró o valoró: Frecuencia de eliminación urinaria		
				De acuerdo a la necesidad de eliminación de un paciente Covid- 19, usted registró o valoró: Características de la orina		
				De acuerdo a la necesidad de eliminación de un paciente Covid- 19, usted registró o valoró: Pérdidas insensibles		
		Temperatura corporal	Cualitativa nominal	¿Usted controló la temperatura del paciente Covid-19 de acuerdo a su edad?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Cuestionario
		Higiene corporal	Cualitativa nominal	¿Usted valoró la hidratación de la piel? ¿Usted valoró el estado de la piel y mucosas? ¿Usted valoró la presencia de lesiones de la piel?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> <li>3. A veces</li> </ol>	Cuestionario
		Biopsicosocial	Cualitativa nominal	¿Al momento que usted realizó la valoración al paciente Covid-19 en áreas críticas con qué frecuencia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Siempre</li> <li>2. En ocasiones</li> <li>3. Nunca</li> </ol>	Cuestionario

				observó alteraciones biopsicosociales como depresión, ansiedad, trastorno de la conducta alimentaria?		
--	--	--	--	---	--	--

<b>Objetivo 2:</b> Definir los diagnósticos de enfermería del paciente Covid-19 en Áreas Críticas, Hospital Marco Vinicio Iza.						
<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>	<b>Instrumento</b>
Diagnósticos de enfermería	Consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales y	Intercambio gaseoso	Cualitativa nominal	¿Uno de los diagnósticos de enfermería principales que usted logró identificar en los pacientes Covid-19 fue el patrón respiratorio ineficaz?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Cuestionario
		Dificultad respiratoria	Cualitativa nominal	¿Con que frecuencia usted identificó el deterioro del intercambio gaseoso en los pacientes que contrajeron Covid-19 en áreas críticas?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Siempre</li> <li>2. En ocasiones</li> <li>3. Nunca</li> </ol>	Cuestionario
		Respiración ineficaz	Cualitativa nominal	El deterioro de la respiración espontánea estuvo ligado en los diagnósticos de enfermería en pacientes con Covid-19 en áreas críticas definido como la incapacidad de la persona para sostener la respiración adecuada para el mantenimiento de la vida,	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Siempre</li> <li>2. En ocasiones</li> <li>3. Nunca</li> </ol>	Cuestionario

	positivos o protectores (44).			¿Con qué frecuencia usted obtuvo este diagnóstico según las características de los pacientes que atendió?		
		Deshidratación	Cualitativa nominal	¿De acuerdo al diagnóstico de riesgo de déficit de volumen de líquidos que es el riesgo de sufrir una deshidratarían vascular, celular o intracelular, con qué frecuencia utilizó este diagnóstico en los pacientes Covid-19?	1. Siempre 2. En ocasiones 3. Nunca	Cuestionario
		Temperatura corporal	Cualitativa nominal	¿De acuerdo al diagnóstico de hipertermia definido como la Temperatura corporal central superior al rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación, con qué frecuencia utilizó este diagnóstico en pacientes Covid-19?	1. Siempre 2. En ocasiones 3. Nunca	Cuestionario
		Vigilancia de la piel	Cualitativa nominal	¿De acuerdo al diagnóstico de riesgo de deterioro de la integridad cutánea definido como el riesgo de alteración en la epidermis y/o en la dermis, con qué frecuencia utilizó este diagnóstico en los pacientes Covid-19?	1. Siempre 2. En ocasiones 3. Nunca	Cuestionario

		Biopsicosoci al	Cualitativa nominal	¿Teniendo en cuenta los diagnósticos enfermeros como son: insomnio, ansiedad, estrés, depresión; con qué frecuencia usted miró reflejado estos diagnósticos en los pacientes Covid-19?	1. Siempre 2. En ocasiones 3. Nunca	Cuestionario
--	--	--------------------	------------------------	--	---	--------------

<b>Objetivo 3:</b> Identificar las intervenciones de enfermería al paciente Covid-19 en Áreas Críticas, Hospital Marco Vinicio Iza.						
<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>	<b>Instrumento</b>
Intervenciones de enfermería	Se define intervención de enfermería como cualquier tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de la enfermería para mejorar los resultados del paciente (45).	Respiración	Cualitativa nominal	¿Usted realizó cuidados que impliquen ayuda a la ventilación, oxigenoterapia y monitorización respiratoria en el paciente Covid-19?	1. Siempre 2. En ocasiones 3. Nunca	Cuestionario
				¿Usted realiza cuidados que impliquen el manejo del equilibrio ácido básico y el manejo de la ventilación mecánica en el paciente Covid-19?	1. Siempre 2. En ocasiones 3. Nunca	Cuestionario
				¿Usted realizó cuidados que impliquen el manejo de ventilación mecánica no invasiva, manejo de la vía aérea y monitorización de signos vitales	1. Siempre 2. En ocasiones 3. Nunca	Cuestionario



			en el paciente Covid-19?		
			¿Usted realizó cuidados que impliquen el manejo de ventilación mecánica invasiva, manejo de la vía aérea superficiales y monitorización de signos vitales en el paciente Covid-19?		
		Eliminación	Cualitativa nominal ¿Usted realizó cuidados que impliquen la monitorización de líquidos y el tratamiento de la fiebre en el paciente Covid-9?	1. Siempre 2. En ocasiones 3. Nunca	Cuestionario
		Temperatura corporal	Cualitativa nominal ¿Usted realizó cuidados que impliquen la termorregulación y regulación de la temperatura en el paciente Covid-19?	1. Siempre 2. En ocasiones 3. Nunca	Cuestionario
		Integridad de la piel	Cualitativa nominal ¿Usted realizó cuidados que impliquen el manejo de la nutrición y vigilancia de la piel en el paciente Covid-19?	1. Siempre 2. En ocasiones 3. Nunca	Cuestionario
		Biopsicosocial	Cualitativa nominal ¿Usted realizó intervenciones que impliquen: mejorar el sueño, control del estado de ánimo, apoyo emocional, ¿mejorar el afrontamiento y terapias de relajación en el paciente Covid-19?	1. Siempre 2. En ocasiones 3. Nunca	Cuestionario

### **3.6.Métodos de Recolección de Información**

#### **3.6.1. Técnica**

Se utilizó como técnica para la recopilación de información la encuesta, por ser de fácil acceso y permite tomar información a un gran número de población al mismo tiempo, además de ser económica.

#### **3.6.2. Instrumentos de Investigación**

Se diseñó un cuestionario para cotejar las intervenciones de enfermería ejecutadas a pacientes COVID 19 en la Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital General Luis G Dávila de Tulcán, estuvo compuesto por dos secciones: la primera sección datos demográficos con 7 preguntas y la segunda sección sobre el proceso de atención de enfermería con 21 ítems, se enumeró las intervenciones de enfermería según el Protocolo de Atención de Enfermería publicado por el Ministerio de Salud Pública y avalado por la Federación Ecuatoriana de Enfermería, también constan datos sociodemográfica para determinar el perfil de las profesionales El cuestionario al final consta de 30 preguntas, de opción múltiple.

### **3.7.Análisis de datos**

Mediante los datos obtenidos en la investigación fueron tabulados a través del software SPSS, lo que permitió la elaboración de tablas y la interpretación de los resultados de la investigación. En la recolección de datos no se encontró ningún dato perdido, tiene un índice de fiabilidad de 75,4% en escala de Richardson, lo que significa que los resultados gozan de absoluta confianza.

## CAPÍTULO IV

### 4. Resultados de la Investigación

#### 4.1. Elementos de la valoración del paciente COVID 19 en áreas críticas

**Tabla 1**

*Características sociodemográficas*

		<b>Frec.</b>	<b>%</b>
<b>Rangos de edad</b>	Menores a 35 años	48	68,6 %
	De 36 a 45 años	19	27,1 %
	Mayores a 46 años	3	4,3 %
<b>Sexo</b>	Femenino	58	82,9 %
	Masculino	12	17,1 %
<b>Estado Civil</b>	Soltero/a	31	44,3 %
	Casado/a	31	44,3 %
	Unión Libre	8	11,4 %
<b>Residencia</b>	Urbana	66	94,3 %
	Rural	4	5,7 %
<b>Etnia</b>	Mestiza	70	100 %
<b>Instrucción</b>	Licenciatura	59	84,3 %
	Maestría	11	15,7 %
<b>Turno laboral</b>	Diurno	2	2,9 %
	Rotativo (tarde, mañana y noche)	68	97,1 %

Se puede visualizar que el mayor rango de edad comprende a menores a 35 años del personal de enfermería el 68,60% prevaleciendo el género femenino con estado civil casado o en unión libre ( 44,30% y 11,4% respectivamente) la mayoría de la población indica que residen en la zona urbana, se auto identifican como mestizos, cuentan con nivel de instrucción superior (licenciatura) y los turnos de trabajo se mantuvieron en jornadas rotativos por la demanda de pacientes en la pandemia de COVID 19 en dónde debían laborar todos los días incluso repetir turnos por la falta de personal. Una investigación en México se asemeja a nuestra investigación por el alto porcentaje 85% de participantes mujeres en el servicio del sector público y privado (46).

**Tabla 2**

*Valoración de enfermería al paciente COVID 19 en áreas críticas del Hospital Luis G. Dávila, Tulcán.*

<b>Elementos de valoración</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
Por dominios	16	22,9%
14 necesidades Virginia Henderson	43	61,4%
Patrones funcionales Marjory Gordon	5	7,1%
Necesidades Básicas Abram Maslow	6	8,6%

La valoración a un paciente COVID 19 que utilizaron los profesionales de enfermería mayoritariamente (61,4%) es por las 14 necesidades de Virginia Henderson que es la teoría que considera al individuo como un protagonista del proceso de salud/enfermedad facilitando a la priorización de los problemas para la identificación de los diagnósticos a un paciente COVID 19 en áreas críticas, el modelo que menos se utiliza son los patrones funcionales de Marjory Gordon. Una investigación realizada en Perú por Oyola, Ricra, Girón, y otros se centra en el modelo de Henderson y al lenguaje estandarizado de las taxonomías NANDA, NOC Y NIC en dónde coinciden a la importancia en la valoración con el fin de desarrollar el plan de cuidados de acuerdo a las respuestas humanas y las necesidades individuales en conocimiento y calidad de cuidados (47).

**Tabla 3**

*Valoración de enfermería de la necesidad respiratoria de un paciente contagiado con COVID 19 en áreas críticas del Hospital Luis G. Dávila, Tulcán.*

Elementos de valoración en Oxigenoterapia	Si		A veces		No	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
<b>Frecuencia Respiratoria</b>	69	98,6%	0	0 %	1	1,4 %
<b>Saturación parcial de oxígeno</b>	67	95,7%	1	1,4 %	2	2,9 %
<b>Tipos de Respiración</b>						
Respiración Kussmaul	40	57,1%	16	22,9 %	14	20 %
Cheyne Stokes o también conocido como ciclopnea	36	51,4%	18	25,7%	16	22,9 %
Respiración de Biot	36	51,4%	20	28,6%	14	20%
<b>Ruidos respiratorios</b>						
Estertores	60	85,7%	4	5,7%	6	8,6 %
Estertores crepitantes	55	78,6%	9	12,9%	6	8,6 %
De frecuencia más baja	44	62,9%	11	15,7%	15	21,4 %
Sibilancias y roncus	63	90%	2	2,9%	5	7,1 %
<b>Permeabilidad de la vía aérea</b>	66	94,3%	1	1,4%	3	4,3 %
<b>Presencia de secreciones</b>	65	92,9%	3	4,3%	2	2,9 %

De acuerdo a la valoración de las necesidades respiratorias; valoración oxigenoterapia, la frecuencia respiratoria fue el patrón más valorado por el personal de enfermería con el 98,6%, así como la saturación parcial de oxígeno 95,7%, la permeabilidad de la vía aérea 94,3% y la presencia de secreciones 92,9%, por otro lado, es importante destacar aspectos que a veces se valoró el tipo de respiración y los ruidos respiratorios, que son factores que reflejan la condición del paciente. Y no se debe olvidar que enfermería se encarga del cuidado basándose en la evidencia teórica-científica en dónde se debe incorporar minuciosamente todos los aspectos y parámetros del paciente.

En relación con la investigación de Medina, Astudillo & Coronado, mencionan los beneficios de la necesidad de oxigenoterapia en los pacientes con COVID 19 en dónde la frecuencia respiratoria, saturación parcial de oxígeno y la permeabilidad de la vía aérea son criterios de valoración precisos y eficaces que se contemplan para el control de oxigenoterapia, relacionándose así con la investigación realizada dando a conocer la importancia de la valoración de oxigenación para el manejo y suministro de oxígeno en caso del paciente que lo requiera con el objetivo principal de brindar una calidad de vida cubriendo las necesidades del paciente (48).

**Tabla 4**

*Valoración de enfermería de la necesidad de eliminación de un paciente COVID 19 en áreas críticas del Hospital Luis G. Dávila, Tulcán.*

Elementos de valoración en la necesidad de eliminación	Si		A veces		No	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
<b>Frecuencia de eliminación fecal</b>	61	87,1%	4	5,7 %	5	7,1 %
<b>Características de las heces</b>	53	75,7%	9	12,9 %	8	11,4 %
<b>Frecuencia de eliminación urinaria</b>	67	95,7%	2	2,9 %	1	1,4 %
<b>Características de la orina</b>	63	90,0%	5	7,1 %	2	2,9 %
<b>Pérdidas insensibles</b>	67	95,7%	1	1,4 %	2	2,9 %

El personal de enfermería indica que la valoración más notable son la frecuencia de eliminación urinaria y las pérdidas insensibles con mayor porcentaje 95,7%, mientras que las características de las heces es la que menos se realiza de los parámetros de eliminación. Según el Protocolo de Atención de enfermería a pacientes adultos con COVID 19 del Ministerio de Salud Pública refiere una de las actividades primordiales del personal es valorar lo que elimina un paciente COVID 19 (49), asemejándose a la investigación realizada, en dónde la valoración de las pérdidas insensibles prevalece porque implica los líquidos no cuantificables como el sudor, fiebre, respiración por lo que resulta de gran importancia valorar estas pérdidas, este es un manejo estricto en la pérdida de líquidos del paciente COVID 19 para evitar deshidratación y sed extrema, asemejándose a la investigación con los datos obtenidos.

**Tabla 5**

*Valoración de enfermería de la temperatura corporal de acuerdo con la edad en pacientes COVID 19 en áreas críticas del Hospital Luis G. Dávila, Tulcán*

<b>Elementos de valoración</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
<b>No</b>	2	2,9 %
<b>Si</b>	68	97,1 %

Los resultados obtenidos cuentan con una alta frecuencia y porcentaje en la medición de la temperatura corporal al paciente, siendo un factor importante en la mortalidad de COVID 19, la fiebre aumenta una demanda metabólica y el consumo de oxígeno en muchos órganos es por ello que el personal de enfermería si valoró la temperatura de acuerdo a la edad de los pacientes en 97,1%. Una investigación realizada por Drewry, Hotchkiss y Kulstad se asemeja con los datos obtenidos el cual plantean la alta mortalidad observada en pacientes con temperaturas elevadas, siendo importante explorar y valorar la temperatura para identificar estrategias óptimas hacia el control de la temperatura para mantener la normotermia y la hipotermia al paciente (50).



**Tabla 6**

*Valoración de enfermería de la higiene corporal en pacientes COVID 19 en áreas críticas del Hospital Luis G. Dávila, Tulcán.*

Elementos de valoración en higiene	Si		A veces		No	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
<b>Valora la hidratación de la piel</b>	69	98,6 %	1	1,4 %	0	0 %
<b>El estado de la piel y mucosas</b>	68	97,1 %	1	1,4 %	1	1,4 %
<b>Presencia de lesiones de la piel</b>	68	97,1 %	2	2,9 %	0	0 %

Los datos obtenidos muestran que la mayoría de los profesionales si valoraron la higiene corporal del paciente COVID 19, porque constituye un cuidado diario del paciente hospitalizado dónde presenta cambios en la flora cutánea conllevando a un riesgo de lesiones profundas es por ello la necesidad de la valoración de la piel, las características de la piel limpia e hidratada, ayudando esto a evitar lesiones del paciente COVID 19 que puede ser otro factor predominante en el riesgo de Ulceras por presión (UPP). Un estudio en Colombia corrobora la investigación realizada con los resultados, en dónde el personal de enfermería identificó complicaciones para el desarrollo UPP por la valoración de las características de la piel, exceso de humedad o resequeadad, nivel de hidratación de la piel con la finalidad de implementar factores de riesgo para que contribuyan a la identificación de diagnósticos y a una calidad de atención y cuidado (51).

#### 4.2. Diagnósticos de enfermería del paciente COVID 19 en áreas críticas

**Tabla 7**

*Diagnósticos de enfermería utilizados durante la atención de pacientes COVID 19 en áreas críticas del Hospital Luis G. Dávila, Tulcán.*

Dimensiones	Siempre		En ocasiones		Nunca	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
<b>Intercambio gaseoso</b>						
Patrón respiratorio ineficaz (Código 00032)	61	87,1 %	6	8,6 %	3	4,3 %
<b>Dificultad respiratoria</b>						
Deterioro del intercambio gaseoso (Código 00030)	61	87,1 %	8	11,4 %	1	1,4 %
<b>Temperatura corporal</b>						
Hipertermia (Código 00007)	53	75,7 %	17	24,3 %	0	0 %
<b>Vigilancia de la piel</b>						
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (Código 00047)	53	75,7 %	17	24,3 %	0	0 %
<b>Respiración ineficaz</b>						
Deterioro de la respiración espontánea (Código 00033)						
Incapacidad de la persona para sostener la respiración adecuada para el mantenimiento de la vida.	50	71,4 %	19	27,1 %	1	1,4 %
<b>Biopsicosocial:</b>						
Depresión, ansiedad, trastorno de la conducta alimentaria	49	70 %	21	30 %	0	0 %
Insomnio, ansiedad, estrés, depresión	48	68,6 %	21	30 %	1	1,4 %
<b>Deshidratación</b>						
Déficit de volumen de líquidos (Código 00027)	47	67,1 %	21	30 %	2	2,9 %

Conforme a los resultados obtenidos los diagnósticos que siempre prevalecieron en la atención al paciente COVID 19, está el patrón respiratorio ineficaz 87,1 % y el deterioro del intercambio gaseoso 87,1% en dónde se evidencia la necesidad de la asistencia respiratoria. También señalan que los pacientes COVID 19 sufren el riesgo de deterioro de la integridad cutánea y de hipertermia, cabe recalcar que algunos diagnósticos no fueron aplicados, se incluyen en la dimensión biopsicosocial y la deshidratación. En un reporte de caso realizado en Perú el profesional de enfermería priorizaron 5 diagnósticos de enfermería para la atención de un paciente COVID 19, el diagnóstico de deterioro del intercambio gaseoso por la gravedad en el sistema respiratorio, el diagnóstico de enfermería, la hipertermia por el fallo de la termorregulación es por ello la importancia de identificarlo a gran medida corresponde a una necesidad básica propia del organismo y como último diagnóstico la ansiedad que implica temor, inquietudes, insomnio, estrés y depresión al estado grave del paciente (52), ayudando a corroborar con los datos de esta investigación realizada al personal de enfermería del Hospital Luis G Dávila de Tulcán.

### 4.3. Intervenciones de enfermería al paciente COVID-19 en áreas críticas.

**Tabla 8**

*Intervenciones de enfermería implementadas durante la atención de pacientes COVID 19 en áreas críticas.*

Intervenciones: dimensiones	Siempre		En ocasiones		Nunca	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
<b>Respiración</b>						
Ventilación (3390) Oxigenoterapia (3320) Monitorización respiratoria (3350)	60	85,7 %	9	12,9 %	1	1,4 %
Manejo del equilibrio ácido básico (1910)	44	62,9 %	13	18,6 %	13	18,6 %
Manejo de la ventilación mecánica (3300)						
Manejo de la ventilación mecánica no invasiva (3302)	54	77,1 %	14	20 %	2	2,9 %
Manejo de la vía aérea (3140)						
Monitorización de signos vitales (6680)	48	68,6 %	15	21,4 %	7	10 %
Manejo de ventilación mecánica invasiva (3300) Manejo de la vía aérea (3140)						
Monitorización de signos vitales (6680)						
<b>Eliminación</b>						
Monitorización de líquidos (4130)	62	88,6 %	8	11,4 %	0	0 %
Termorregulación (0800)						
<b>Temperatura corporal</b>						
Termorregulación (0800) Regulación de la temperatura (3900)	58	82,9 %	12	17,1 %	0	0 %
<b>Integridad de la piel</b>						
Vigilancia de la piel (3590)	61	87,1 %	9	12,9 %	0	0 %
<b>Biopsicosocial</b>						
Mejorar el sueño (1850) Control del estado de ánimo (5330)	54	77,1 %	15	21,4 %	1	1,4 %
Apoyo emocional (5270) Mejorar el afrontamiento (5230)						
Terapias de relajación (6040)						

Los datos de la investigación muestran las intervenciones de enfermería que siempre fueron implementadas en pacientes COVID 19 principalmente es la termorregulación 88,6%, ventilación, oxigenoterapia y monitorización respiratoria con el 85,7%, al igual que la vigilancia de la piel y regulación de la temperatura siendo las intervenciones que más realizó el personal de enfermería encuestado, es importante mencionar que los pacientes COVID 19 atendidos con manejo del equilibrio ácido básico, ventilación mecánica invasiva y no invasiva y manejo de la vía aérea cuentan con un menor porcentaje de 68,6% de haber sido intervenido por el profesional de enfermería. Todas las intervenciones que el profesional de enfermería desarrollo al paciente contagiado de COVID 19 se relacionan con una investigación realizada en España, dónde la atención a pacientes hospitalizados con COVID 19 comienza con el registro del control de signos vitales para medir y controlar la temperatura superior a 38°C, luego satisfacer las necesidades respiratorias mediante la monitorización respiratoria y la oxigenoterapia, hidratar la piel para prevenir lesiones en la piel (53).

Es por ello la necesidad de visualizar las actividades que desarrollo el profesional de enfermería frente a la pandemia en dónde siempre se enfocaron en la seguridad y en brindar un apoyo a las personas que requieren atención por COVID 19, resaltando la importancia de la atención de enfermería en los pacientes para minimizar la mortalidad o un mayor riesgo de enfermedad por COVID 19.

## CAPÍTULO V

### 5. Conclusiones y Recomendaciones

#### 5.1. Conclusiones

- Los elementos de valoración al paciente COVID 19 que el profesional de enfermería desarrollo fue las 14 necesidades de Virginia Henderson y con menor porcentaje los patrones funcionales de Marjory Gordon, en la necesidad respiratoria se valoró la frecuencia respiratoria, saturación parcial de oxígeno, permeabilidad de la vía aérea y presencia de secreciones mientras lo que a veces se valoró fue los tipos de respiración y ruidos respiratorios, la eliminación, las pérdidas insensibles del paciente y frecuencia de eliminación urinaria, temperatura corporal e higiene corporal en hidratación de la piel con el fin de priorizar problemas para la identificación de diagnósticos.
- Los diagnósticos de enfermería definidos ayudaron a visualizar cuales fueron los principales problemas encontrados de los pacientes COVID 19, y que el profesional de enfermería logró reconocer y poner en práctica el proceso de atención de enfermería en relación a los factores de riesgo que presentaba el paciente, los principales fueron el patrón respiratorio ineficaz, deterioro del intercambio gaseoso al igual la hipertermia y el riesgo de deterioro de la integridad cutánea y los que menos se identificaron fueron las dimensiones biopsicosocial y deshidratación.
- Las intervenciones de enfermería que el profesional de enfermería ejecutó en un paciente COVID 19, reflejan en mayor magnitud la termorregulación, ventilación, oxigenoterapia y monitorización respiratoria, vigilancia de la piel y la regulación de la temperatura, pero las que menos intervalos tuvieron fueron el manejo del equilibrio ácido básico, ventilación mecánica invasiva y no invasiva y manejo de la vía aérea.

## 5.2. Recomendaciones

- A los profesionales de enfermería, actualizarse según el avance de los métodos de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson y el uso de las taxonomías NANDA, NOC Y NIC que al pasar de los años va renovándose con nuevos diagnósticos al cuidado enfermero, también hacer énfasis en la importancia de todos los indicadores que presenta el paciente COVID 19 en la valoración como lo son los ruidos respiratorios que pueden ser claves en el inicio de una patología que afecta al paciente manteniendo pensamiento crítico que es lo que caracteriza al profesional de enfermería.
- Al Hospital Luis G Dávila de Tulcán, realizar capacitaciones y cursos intensivos a los profesionales de enfermería que apoyen al conocimiento del cuidado del paciente basándose en la evidencia teórica-científica para que luego sean aplicados a los pacientes y conlleve a una atención de calidad y segura al paciente.
- A la líder del servicio, llevar un registro de los diagnósticos que el personal de salud integre en la valoración de los pacientes, que implique la fundamentación del porque se realiza el plan de cuidados en cada servicio para vigilar que todos los cuidados integrados tengan justificación del porqué, para qué y cómo se ejecutaran las actividades de enfermería.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lahite Savón Y, Céspedes Pereña V, Maslen Bonnane M. El desempeño del personal de Enfermería durante la pandemia de la COVID-19. *Revista Información Científica*. 2020 Octubre 27; 99(5): p. 494-502.
2. Fawaz M, Anshasi H, Amaha A. Nurses at the Front Line of COVID-19: Roles, Responsibilities, Risks, and Rights. *Am J Trop Med Hyg*. 2020 Octubre 7; 103(4): p. 1341–1342.
3. Cassiani SHDB, Munar EF, Umpiérrez , Peduzzi M, Leija Hernández C. La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19. *Rev Panam Salud Publica*. 2020 Mayo 15;; p. 1-2.
4. Gimeno BdA, Solís Muñoz M, Revuelta Zamorano M, Sánchez Herrero H, Santano Magariño A. Cuidados enfermeros en el paciente adulto ingresado. *Enfermería Clínica*. 2020 Febrero; 31(1): p. 549-554.
5. Vranas K, Golden S, Mathews K, Schutz A, Valley T, Duggal A, et al. The Influence of the COVID-19 Pandemic on ICU Organization, Care Processes, and Frontline Clinician Experiences. *Cuidados críticos: Investigación original*. 2021 Mayo; 160(5): p. 1714-1728.
6. Morales Contreras BN, Palencia Sierra JJ. Reflexiones del cuidado enfermero en tiempos de COVID-19. *Enfermería Investigativa*. 2020 Julio; 5(3): p. 71-78.
7. Hoogendoorn M, Brinkman S, Bosman R, Haringman J, de Keizer N, Spijkstra J. The impact of COVID-19 on nursing workload and planning of nursing staff on the Intensive Care: A prospective descriptive multicenter study. Elsevier. 2021 Septiembre; 121.
8. Bergman L, Falk A, Wolf A, Larsson M. Registered nurses' experiences of working in the intensive care unit during the COVID-19 pandemic. *PudMed*. 2021 Mayo; 6: p. 467–475.
9. Lauck S, Bains V, Nordby D, Iacoe E, Forman J, Polderman J, et al. Responding to the COVID-19 pandemic: Development of a critical care nursing surge model to meet patient needs and maximise competencies. Elsevier. 2021 Mayo;; p. 13-21.
10. Bruyneel A, Gallani MC, Tack J, d'Hondt A, Canipel S, Franck S, et al. Impact of COVID-19 on nursing time in intensive care units in Belgium. Elsevier. 2021 Febrero; 62.



- 1 Swanson E, Monteiro V, Wagner C, Moorhead S, Dunn Lopez K, Rezende  
1. Macieira T, et al. NANDA-I, NOC, and NIC linkages to SARS-CoV-2 (COVID-19): Part 2. Individual response. *International Journal of Nursing Knowledge*. 2020 Noviembre; 32: p. 68–83.
- 1 Diario El Norte. Recuerdan quién fue Luis G. Dávila. [Online].; 2021 [cited 2022  
2. 02 14. Available from: <https://www.elnorte.ec/recuerdan-quien-fue-luis-g-davila/>.
- 1 Ministerio de Salud Pública. Misión y Visión. [Online].; 2022 [cited 2022  
3. Febrero 02. Available from: <http://hlgd.gob.ec/index.php/hospital/mision-y-vision>.
- 1 Ministerio Salud Pública. Hospital General Provincial de Tulcán Luis G Dávila.  
4. [Online].; 2022 [cited 2022 Enero 2. Available from: <https://www.salud.gob.ec/hospital-general-provincial-de-tulcan-luis-g-davila/>.
- 1 La Hora. Ocupación de camas en cuidados intensivos baja el 50% en Carchi.  
5. [Online].; 2021 [cited 2022 02 14. Available from: <https://www.lahora.com.ec/imbabura-carchi/ocupacion-de-baja-el-50-en-carchi/>.
- 1 Martha Raile Alligood, Ann Marriner Tomey. Modelos y teorías en enfermería.  
6. Séptima edición ed. Monforte MR, editor. España: EdiDe, S.L.; 2011.
- 1 Doenges E, Moorhouse, F. Proceso y diagnósticos de enfermería. Aplicaciones.  
7. Primera edición ed. Moreno DMM, editor. México: El Manual Moderno,; 2014.
- 1 González MG, Monroy Rojas A. Proceso enfermero de tercera generación.  
8. *SciELO*. 2016 Junio; 13(2): p. 124-129.
- 1 Ramírez A. Proceso de enfermería; lo que sí es y lo que no es. Elsevier. 2016  
9. Junio; 13(2): p. 71-72.
- 2 Blandón Giraldo AM, Castañeda Forero DC. Características humanas e  
0. institucionales que influyen en la aplicación del proceso de atención de enfermería en un hospital de la ciudad de Medellín. *Fundación Universitaria del Área Andina - FUNAND*. 2018; 20(37): p. 83-100.
- 2 Yazdanpanah F, Garg A, Shadman S, Yazdanpanah Asmarz H. Literature  
1. Review of COVID-19, Pulmonary and Extrapulmonary Disease. *The American Journal of the Medical Sciences*. 2021 Febrero; 361(5): p. 567-574.
- 2 Maguiña Varga C, Gastelo Acosta R, Tequen Bernilla A. El nuevo Coronavirus y  
2. la pandemia del Covid-19. *Revista Medica Herediana*. 2020 Abril; 31(2): p. 125-131.

- 2 Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus  
3. from Patients with Pneumonia in China, 2019. *New England Journal of  
Medicine*. 2020 Febrero 20; 382(8): p. 727-733.
- 2 Aguilar Gómez NE, Hernández Soto A, Ibanes Gutiérrez C. Características del  
4. SARS-CoV-2 y sus mecanismos de transmisión. *Revista Latinoamericana de  
Infectología Pediátrica*. 2020; 33(3): p. 143-148.
- 2 Montiel M, Chavez , Ruelas J. Recomendaciones de manejo Covid-19 versión  
5. 1.0 del Consenso de Especialidades Médicas del Hospital Nacional Edgardo  
Rebagliati Martins. [Online].; 2020 [cited 2022 Abril 03. Available from:  
[http://www.medicinainterna.net.pe/sites/default/files/COVID%2019%20FINAL%  
%2016042020%20revisión-última.pdf](http://www.medicinainterna.net.pe/sites/default/files/COVID%2019%20FINAL%2016042020%20revisión-última.pdf).
- 2 Drain P. Rapid Diagnostic Testing for SARS-CoV-2. *The New England Journal  
6. of Medicine*. 2022 Enero 7; 386: p. 264-272.
- 2 Aguilar Ramírez P, Enriquez Valencia Y, Quiroz Carrillo C, Valencia Ayala E,  
7. Delgado JdL, Pareja Cruz A. Pruebas diagnósticas para la COVID-19: la  
importancia del antes y el después. *Artículo de Revisión*. 2020; 20(2).
- 2 Diaz F, Toro A. SARS-CoV-2/COVID-19: The virus, the disease and the  
8. pandemic. *Medicina&Laboratorio*. 2020 Julio-Septiembre; 24(3).
- 2 Martínez Torres , Aguilar García CR. La realidad de la Unidad de Cuidados  
9. Intensivos. *SciELO*. 2017 Junio; 31(3): p. 171-173.
- 3 Tomicic V, Campillay C. *Medicina Intensiva Cardiopulmonar Chile:  
0. Mediterráneo Ltda*; 2020.
- 3 Díaz Ledesma CR, Gutiérrez Crespo H, Amancio Castro AM. Ausentismo y  
1. desempeño laboral en profesionales de enfermería de áreas críticas. *Revista  
Cuidarte*. 2018 Noviembre; 9(1): p. 1973-1987.
- 3 Cárdenas A, Roca J. *Tratado de Medicina Intensiva España: Elsevier*; 2017.  
2.
- 3 Zárate RA, Ostiguín RM, Castro AR, Valencia FB. *Enfermería y Covid-19: la  
3. voz de sus protagonistas*. Primera ed. México: Universidad Nacional Autónoma  
de México; 2020.
- 3 Rodríguez-Acelas AL, Yampuezán Getia D, Cañon-Montañez W. Correlación  
4. entre diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería en el cuidado al  
paciente hospitalizado por COVID-19. *Revista Cuidarte*. 2021 Abril; 12(1).

- 3 Constitución de la República del Ecuador. Constitución de la República del  
5. Ecuador. In Constituyente AN.. Montecristi; 2008.
- 3 Ley orgánica de salud. . [Online]. [cited 2022 Enero 05. Available from:  
6. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%20NICA-DE-SALUD4.pdf>.
- 3 Secretaría Nacional de Planificación. Plan de Creación de Oportunidades 2021-  
7. 2025. [Online].; 2021 [cited 2022 Enero 05. Available from:  
<https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Plan-de-Creacio%20n-de-Oportunidades-2021-2025-Aprobado.pdf>.
- 3 Mora Guillart L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la  
8. atención en enfermería. Rev Cubana Oftalmol. 2015 Junio; 28(2).
- 3 Consejo Internacional de Enfermeras. Código deontológico del Consejo  
9. Internacional de Enfermeras para la profesión de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2017; 25(2): p. 83-84.
- 4 Cadena-Iñiguez P, Rendón-Medel R, Aguilar-Ávila J, Salinas-Cruz E, de la  
0. Cruz-Morales FdR, Sangerman-Jarquín DM. Métodos cuantitativos, métodos cualitativos o su combinación en la investigación: un acercamiento en las ciencias sociales. Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas. 2017 Septiembre; 8(7): p. 1603-1617.
- 4 Guevara Alban G, Verdesoto Arguello AE, Castro Molina NE. Metodologías de  
1. investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. 2020 Julio; 4(3): p. 163-173.
- 4 Cvetkovic Vega A, Maguiña J, Soto A, Lama Valdivia J, Correa López L.  
2. Estudios transversales. SciELO. 2021 Marzo; 21(1): p. 179-185.
- 4 Potter P, Perry A, Stockert P, Hall A. Fundamentos de Enfermería Barcelona:  
3. ELSEVIER; 2015.
- 4 Herdman , Kamitsuru S, Takáo Lopes. NANDA International, Inc. Diagnósticos  
4. de enfermería. Duodécima edición ed. Nueva York: Thieme Medical Publishers; 2021.
- 4 Butcher H, Dochterman J, Bulechek G, Wagner C. Clasificación de  
5. Intervenciones de Enfermería NIC Madrid: ELSEVIER; 2018.
- 4 Morandín Ahuerma , Suárez Máximo JD, Vargas Vizuet , Romero Fernández A,  
6. Villanueva Méndez. Estudio para determinar el factor vocacional en enfermería

- ante la pandemia de covid 19. Revista de Investigación Científica de Agora. 2021 Junio; 8(1): p. 52-63.
- 4 Oyola Canto M, Ricra Echevarría C, Girón Mendoza Y, Yarasca Quispe V,  
7. Torres Figueroa H, Aldana Contreras C. COVID-19 y comorbilidad en enfermería: a propósito de un caso. Revista Peruana de Ciencias de la Salud. 2021; 3(3).
- 4 Medina Ruela K, Astudillo Junco A, Coronado Macías J. Beneficios de la  
8. oxigenoterapia en pacientes con COVID 19. RECIMUNDO. 2021 Octubre; 5(1): p. 111-117.
- 4 Ministerio de Salud Pública. Atención de Enfermería a Pacientes Adultos con  
9. COVID 19 sin complicaciones respiratorias. [Online].; 2020 [cited 2022 Julio 27]. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/08/PROTOCOLO-COVID-19-enfermer%C3%ADa-.pdf>.
- 5 Drewry , Hotchkiss , Kulstad Y. Response to “Body temperature correlates with  
0. mortality in COVID-19 patients”. Critical Care. 2020 Julio 24; 24(460).
- 5 Rojas L, Mora LA, Acosta J, Cristancho L, Valencia Y, Hernández J. Plan de  
1. cuidados de enfermería para la prevención de úlceras por presión secundarias a la posición prono en pacientes COVID 19. Revista Cuidarte. 2021 Septiembre; 12(3): p. 1-13.
- 5 Villasante Montes , Espejo Ávila , Guerra Pacheco. Proceso del cuidado  
2. enfermero aplicado en un adulto con insuficiencia respiratoria por COVID-19. Investigación e Innovación. 2021; 2(1): p. 49-161.
- 5 Gimeno B, Solís M, Revuelta M, Sánchez H, Santano A. Cuidados enfermeros  
3. en el paciente adulto ingresado en unidades de hospitalización por COVID-19. Enfermería Clínica. 2021 Febrero;; p. 49–54.

## ANEXOS

### Anexo 1. Solicitud de autorización para la aplicación de la encuesta



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE  
UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN No. 001 - 073 - CEAACIS - 2013 - 13  
Ibarra - Ecuador  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DECANATO

Ibarra, 18 de mayo 2022  
Oficio 757- D-FCS-UTN

Doctor  
David Barnie Tarapues Rosales  
**GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL PROVINCIAL LUIS G. DAVILA**  
Tulcán

De mi consideración:

Reciba un afectuoso y cordial saludo de la Facultad de Ciencias de la Salud, a la vez que deseo éxitos en sus funciones.

Por medio de la presente, me permito solicitar comedidamente se autorice el ingreso al señor estudiante de la Carrera de Enfermería **JACQUELINE ESTEFANIA PASTILLO MALES**, con el fin de recolectar información para el estudio de investigación para aplicar la encuesta al personal de Enfermería que brinda atención al paciente COVID 19 en áreas críticas durante la pandemia y pueda desarrollar el trabajo de tesis con el tema: **"PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE COVID 19 EN ÁREAS CRÍTICAS DURANTE LA PANDEMIA HOSPITAL LUIS G. DAVILA, TULCAN, 2022** como requisito previo a la obtención del título de Enfermería.

La información que se solicita será eminentemente con fines académicos y de investigación por lo que se mantendrá los principios de confidencialidad y anonimato en el manejo de la información.

Por la atención brindada, le agradezco.

Atentamente,  
CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO



MSc. Rocío Castillo  
DECANA - FCS  
CI. 1001685195  
Correo: [decanatosalud@utn.edu.ec](mailto:decanatosalud@utn.edu.ec)

---

**MISIÓN INSTITUCIONAL**  
"Contribuir al desarrollo educativo, científico, tecnológico, socioeconómico y cultural de la región norte del país.  
Formar profesionales comprometidos con el cambio social y con la preservación del medio ambiente".

Universidad Técnica del Norte - Tulcán  
Teléfono: 2605-620 Ext. 7407 Casilla 155

## Anexo 2. Autorización del Hospital Luis G Dávila de Tulcán



República  
del Ecuador

**Ministerio de Salud Pública**  
Hospital General Provincial "Luis Gabriel Dávila"  
Gerencia

Oficio Nro. MSP-CZ1-HLGD-GDI-2022-50-TEMP

Tulcán, 14 de junio de 2022

**Asunto:** DRA ROCIO CASTILLO DECANA DE UNT SOLICITA SE LE AUTORICE EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN A LA SRTA JACQUELINE PASTILLO PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA LA PACIENTE COVID 19 EN ÁREAS CRÍTICAS

Magister  
Rocio Castillo  
Decana  
UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE  
En su Despacho

Con un saludo cordial tengo a bien informar a usted que está autorizada la toma de datos para el trabajo de investigación : PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CRÍTICOS DURANTE LA PANDEMIA COVID 19 , a la SRTA JACQUELINE PASTILLO

Se recuerda que la autorización tiene fines académicos y que previa la recolección de datos y aplicación de encuestas es importante tener el consentimiento informado de las personas objetivo del estudio y también que terminado el estudio es importante dejar una copia impresa o digital en Docencia del Hospital

Favor dar las facilidades del caso para que el personal de enfermería que trabajo o trabaja con pacientes COVID; pueda de dar su consentimiento responder a la recolección de datos del presente estudio.

Atentamente,

Mgs. Ruth Elena Velasco Mera  
GERENTE HOSPITAL GENERAL "LUIS G. DÁVILA" CARCHI - SALUD

Referencias:  
- MSP-CZ1-HLGD-2022-0363-E

Copia:  
Señora Licenciada  
Nabia Guadalupe Burgos Escobar  
Asistente Administrativa Hospital General "Luis G. Dávila"

**Anexo 3.** Instrumento de la Investigación



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**Carga Laboral y Rol de enfermería en la pandemia de Covid-19. Zona 1,  
2022.**

**BIENVENIDO**

Saludos cordiales, a nombre de quienes integran el proyecto **Carga laboral y Rol de Enfermería en época de pandemia de Covid-19, en la zona del Ecuador, 2022 de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica del Norte.**

**1.Consentimiento Informado.** Ejerciendo mi libre poder de elección y mi voluntad expresa, por este medio, doy mi consentimiento informado 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.

- Acepto
- No acepto

**2. Apellidos**

.....

**3. Nombres**

.....

**4. Correo electrónico**

.....

**5. Número telefónico**

.....



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**“Intervenciones de Enfermería en la Atención del Paciente covid-19”**

1. ¿La valoración del paciente Covid-19 usted la realizó a través de?

- 14 Necesidades Virginia Henderson
- Patrones funcionales Marjory Gordon
- Necesidades básicas de Abram Maslow
- Dominios

**Oxigenación.**

2. En la primera necesidad respiratoria de un paciente contagiado con Covid-19, usted valoró:

	Si	No	A veces
Frecuencia respiratoria, Saturación parcial de oxígeno			
<b>Tipo de respiración</b>			
Respiratorio Kussmaul			
Cheyne Stokes o también conocido como ciclopnrea			
Respiración de Biot			
<b>Ruidos respiratorios</b>			
Estertores			
Estertores crepitantes			
De frecuencia más baja			
Sibilancias y roncus			
<b>Permeabilidad de la vía aérea</b>			
Presencia de secreciones			

**Eliminación.**

3. De acuerdo con la necesidad de eliminación de un paciente Covid-19, usted registró o valoró:

	Si	No	A veces
Frecuencia de eliminación fecal			
Características de las heces			



Frecuencia de eliminación urinaria			
Características de la orina			
Pérdidas insensibles			

#### Temperatura corporal.

4. ¿Usted controló la temperatura del paciente Covid-19 de acuerdo con su edad?

- Sí
- No

#### 5. Higiene corporal

	Si	No	A veces
Valora hidratación de la piel			
El estado de la piel y mucosas			
Presencia de lesiones de la piel			

#### Biopsicosocial

6. ¿Al momento que usted realizó la valoración al paciente Covid-19 en áreas críticas con qué frecuencia observó alteraciones biopsicosociales, como depresión, ansiedad, trastorno de la conducta alimentaria?

1. Siempre	2. En ocasiones	3. Nunca

#### Dimensión 1: Intercambio gaseoso

7. ¿Uno de los diagnósticos de enfermería principales que usted logró identificar en los pacientes COVID – 19 fue el patrón respiratorio ineficaz?

1. Siempre	2. En ocasiones	3. Nunca

#### Dimensión 2: Dificultad respiratoria

8. ¿Con que frecuencia usted identificó el *deterioro del intercambio gaseoso* en los pacientes que contrajeron Covid-19 en áreas críticas?

1. Siempre	2. En ocasiones	3. Nunca

### Dimensión 3: Respiración ineficaz

9. ¿El deterioro de la respiración espontánea estuvo ligado en los diagnósticos de enfermería en pacientes con Covid-19 en áreas críticas definido como: *Incapacidad de la persona para sostener la respiración adecuada para el mantenimiento de la vida.* ¿Con qué frecuencia usted obtuvo este diagnóstico según las características de los pacientes que atendió?

1. Siempre	2. En ocasiones	3. Nunca

### Dimensión 4: Deshidratación

10. ¿De acuerdo con el diagnóstico de riesgo de *déficit de volumen de líquidos que es el riesgo de sufrir una deshidratación vascular, celular o intracelular*, con qué frecuencia utilizó este diagnóstico en los pacientes Covid-19?

1. Siempre	2. En ocasiones	3. Nunca

### Dimensión 5: Temperatura corporal

11. ¿De acuerdo con el diagnóstico de *hipertermia* definido como la Temperatura corporal central superior al rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación, con qué frecuencia utilizó este diagnóstico en pacientes Covid-19?

1. Siempre	2. En ocasiones	3. Nunca

### Dimensión 6: Vigilancia de la piel

12. ¿De acuerdo con el diagnóstico de riesgo de *deterioro de la integridad cutánea* definido como el riesgo de alteración en la epidermis y/o en la dermis, con qué frecuencia utilizó este diagnóstico en los pacientes Covid-19?

1. Siempre	2. En ocasiones	3. Nunca

---

**Dimensión 7: Biopsicosocial.**

13. ¿Teniendo en cuenta los diagnósticos enfermeros como son: *insomnio, ansiedad, estrés, depresión*; con qué frecuencia usted miró reflejado estos diagnósticos en los pacientes Covid-19?

1. Siempre	2. En ocasiones	3. Nunca

**Dimensión 1: Respiración**

14. ¿Usted realizó cuidados en el paciente Covid-19 que impliquen ayuda a la ventilación, oxigenoterapia y monitorización respiratoria en el paciente Covid-19?

1. Siempre	2. En ocasiones	3. Nunca

15. ¿Usted realiza cuidados que impliquen el manejo del equilibrio ácido básico y el manejo de la ventilación mecánica en el paciente Covid-19?

1. Siempre	2. En ocasiones	3. Nunca

16. ¿Usted realizó cuidados que impliquen el manejo de ventilación mecánica no invasiva, manejo de la vía aérea y monitorización de signos vitales en el paciente Covid-19?

1. Siempre	2. En ocasiones	3. Nunca

17. ¿Usted realizó cuidados que impliquen el manejo de ventilación mecánica invasiva, manejo de la vía aérea y monitorización de signos vitales en el paciente Covid-19?

1. Siempre	2. En ocasiones	3. Nunca

**Dimensión 2: Eliminación**

18. ¿Usted realizó cuidados que impliquen la monitorización de líquidos y termorregulación en el paciente Covid-9?

1. Siempre	2. En ocasiones	3. Nunca



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**Dimensión 3: Temperatura corporal**

19. ¿Usted realizó cuidados que impliquen la termorregulación y regulación de la temperatura en el paciente Covid-19?

1. Siempre	2. En ocasiones	3. Nunca

**Dimensión 4: Integridad de la piel**

20. ¿Usted realizó cuidados que impliquen vigilancia de la piel en el paciente Covid-19?

1. Siempre	2. En ocasiones	3. Nunca

**Dimensión 5 Biopsicosocial**

21. ¿Usted realizó intervenciones que impliquen: ¿mejorar el sueño, control del estado de ánimo, apoyo emocional, mejorar el afrontamiento y terapias de relajación en el paciente Covid-19?

1. Siempre	2. En ocasiones	3. Nunca

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

**Enlace del instrumento:**

<https://www.questionpro.com/a/TakeSurvey?tt=U6zBqOuIV2s%3D>

#### Anexo 4. Aprobación de Abstract



### ABSTRACT

"NURSING CARE PROCESS FOR THE COVID-19 PATIENT IN CRITICAL AREAS DURING THE PANDEMIC, LUIS G DÁVILA HOSPITAL, TULCÁN, 2022".

Author: Jacqueline Estefanía Pastillo Males

Email: jepastillom@utn.edu.ec

The appearance of COVID 19 has generated a daunting challenge in the nursing professional's care, where the Nursing Care Process (PAE) has allowed the development of care based on scientific evidence that proves its effectiveness, denoting the importance of the PAE. Objective: To establish the Nursing Care Process carried out by the professionals in critical areas, second-level care hospitals. Methodology: This research has a quantitative and non-experimental design of descriptive, cross-sectional type, the sample consisted of 70 nursing professionals who worked in critical areas during the pandemic. Results: The population is predominantly female, under 35 years of age, self-identified as mestizo, and works rotating shifts of 12 hours per day. It was evidenced that the nursing professional used the 14 Needs of Virginia Henderson for the assessment of a COVID 19 patient, in oxygen therapy respiratory frequency was mainly assessed at 98.6%, in elimination insensible losses at 95.7%, body temperature at 97.1%, in hygiene skin hydration 98.6%, the main diagnoses identified belong to the dimension of gas exchange and respiratory distress, body temperature, and skin monitoring, the main interventions performed resulted in thermoregulation 88.6%, ventilation, oxygen therapy and respiratory monitoring 85.7%, skin monitoring, and temperature regulation. Conclusions: The nursing professional, despite the pandemic situation, continued with a care plan to improve the patient's health condition.

Keywords: Nursing, COVID 19, Nursing Care Process.

*Reviewed by Victor Raúl Rodríguez Viteri*



**Anexo 5.** Certificado de Urkund

**Original**

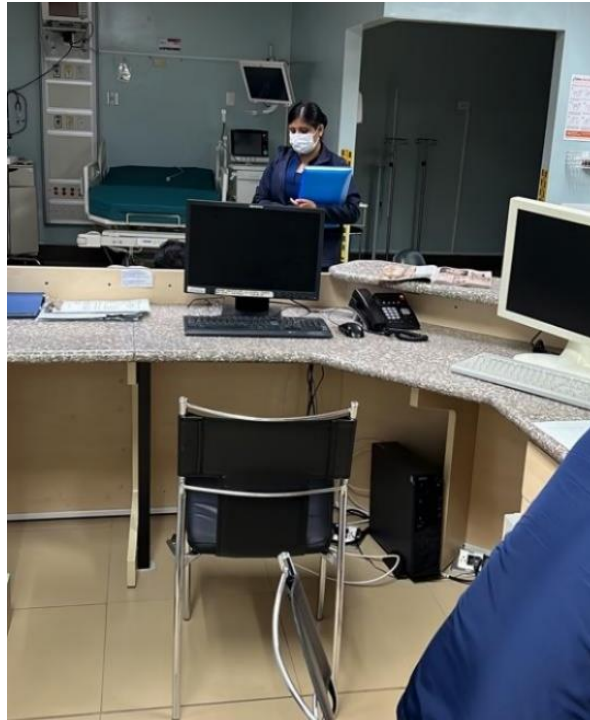
**Document Information**

Analyzed document	PastHo_Jaqueline_PAE -Areas Criticas Tulcan.docx (ID142609687)
Submitted	2022-08-02 18:23:00
Submitted by	FLORES GRIJALVA MERCEDES DEL CARMEN
Submitter email	mcflores@utn.edu.ec
Similarity	2%
Analysis address	mcflores.utn@analysis.urkund.com

  
 **MpH Mercedes Flores G.**  
**DOCENTE**  
SENESCYT 1027-12-747345

.....  
**Lic. Mercedes Flores Grijalva MpH.**  
**C.C: 1001859394**  
**DIRECTORA DE TESIS**

## **Anexo 6. Archivo fotográfico**



**Anexo 4.1.** Aplicación de encuestas al profesional de enfermería.