

Cuidados al paciente hospitalizado por COVID-19 en Mérida, Yucatán, México: lecciones aprendidas del personal de enfermería en terapia intensiva

Genny Josefina Madera Poot, Ligia María Rosado Alcocer*, José Fernando May Euán, Eloisa Beatriz Puch Ku, José Andrés Gil Contreras

Introducción

En Wuhan, República Popular China, autoridades sanitarias comunicaron el 31 de diciembre de 2019 varios casos de neumonía de etiología desconocida. Más tarde, tales autoridades confirmaron un nuevo coronavirus denominado SARS-CoV-2 (Síndrome Respiratorio Agudo Severo). Este virus, al igual que otros coronavirus, ocasiona manifestaciones clínicas referidas como COVID-19 (Coronavirus Disease 2019), con cuadros respiratorios desde resfriado común a neumonía grave, con síndrome respiratorio agudo (i.e., lesión pulmonar grave), shock séptico (i.e., infección generalizada grave que no responde al tratamiento convencional) y fallo multiorgánico (Costa y López 2020).

La aparición y la propagación de todo patógeno respiratorio nuevo, como el SARS-CoV-2, van acompañadas de incertidumbre sobre sus principales características epidemiológicas, clínicas y virológicas, en particular, sobre su capacidad de propagación en la población humana y su virulencia (Organización Mundial de la Salud 2020). La pandemia por COVID-19 ha implicado para el personal de la salud, y de manera específica el de enfermería, un gran reto. Esto incluye brindar cuidado a los pacientes, mientras se cuida a sí mismo para evitar ser contagiado.

Los profesionales en enfermería han enfrentado varios aspectos en la pandemia COVID-19 que incluyen: Alto riesgo de exposición a la infección de la COVID-19, Protección inadecuada para evitar ser infectados, Frustración por el desconocimiento de tratamiento efectivo, Aislamiento del personal de su familia, y Agotamiento físico y mental.

En China, el personal de salud manifestó alteraciones en su salud mental, tales como estrés, ansiedad, depresión, insomnio, negación, ira, miedo y deterioro en su bienestar (Kang et al 2020). Asimismo, un ambiente cambiante y diferente puede generar preocupación, convirtiéndose en una primera señal de adaptación, pues significa reconocer lo desconocido y el posible daño que esto pueda causar (Guerrero-Castañeda y Hernández-Cervantes 2020).

Para enfrentar la pandemia COVID-19, la gran mayoría de los profesionales de la salud se enfocan en las características clínicas y epidemiológicas de la enfermedad, la caracterización genómica del virus y las políticas de salud pública. Sin embargo, a pesar de la relevancia de los problemas en la salud mental que generó la pandemia, es poca la información disponible. La atención a la pandemia aumentó la carga laboral de los profesionales en enfermería y ha sido necesario extremar medidas de bioseguridad, hacer planes de contingencia en tiempo récord y aprender nuevos protocolos de cuidado que cambiaban de manera frecuente.

Desde el inicio de la pandemia, en la página de internet de la Dirección General de Epidemiología de México se presentaron resoluciones y decretos con nuevas recomendaciones para toda la población y especialmente para los prestadores de servicios de salud. El cambio ha aumentado la complejidad de la situación, lo que hace pensar que es un aprendizaje incidental.

De manera general, las contribuciones de los profesionales de enfermería para mejorar la salud de la población en tiempos de crisis se remontan a los días de Florence Nightingale, a inicios de 1800s, quien fue una auténtica defensora de acciones preventivas clave, como el buen lavado de manos como medida de prevención de infecciones. A nivel mundial, y en décadas posteriores, las enfermeras respondieron y fueron protagonistas en primera línea durante algunos brotes de enfermedades infecciosas, como la gripe porcina H1N1, el ébola y el síndrome respiratorio agudo severo (SARS).

El aumento en el número de casos graves por COVID-19 forzó reconversiones en todas las áreas hospitalarias, incluyendo las Unidades de Cuidados Intensivos de Adultos (UCIAs), para ofrecer el tratamiento óptimo a los pacientes. Esta intervención fue un reto para el personal directivo y operativo de los hospitales en Mérida, Yucatán, México. Se ha dado un aumento importante del número de profesionales sanitarios, al igual que del número de recursos materiales. Evidentemente, se ha destacado la actualización en el conocimiento

de todos los profesionales sanitarios y la necesidad de realizar nuevos protocolos y guías de actuación para el cuidado del paciente y el autocuidado del personal que se encuentra en primera línea de combate ante la COVID-19. El objetivo de este trabajo es explorar las lecciones aprendidas sobre el cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados por COVID-19 en el área de la terapia intensiva de un hospital en Mérida Yucatán, México.

Enfermeras en primera línea

A nivel mundial, el personal de enfermería ha dado un paso adelante y se ha colocado en primera línea para combatir la propagación de la pandemia COVID-19. Los cuidados de enfermería que necesitan los pacientes dependerán de la complejidad de la enfermedad y del área donde se encuentren hospitalizados. En las UCIA, los pacientes requieren atención muy rápida para estabilización de su sistema respiratorio. Con el avance de la enfermedad y mayor comprensión de sus síntomas, la atención y los tratamientos se han estado modificando y perfeccionando para atender a los pacientes de una manera eficaz. La pandemia COVID-19 ha hecho mucho más visible el trabajo en las UCIA, que ha sido desconocido por la población general. Los síntomas de enfermos por COVID-19 se clasifican en tres tipos: leve, moderado y grave. En las UCIA el problema más común es la neumonía, síndrome de distrés respiratorio agudo y el shock séptico.

La Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA), que se presenta en la neumonía característica por SARS-COV-2, es de gravedad. El tratamiento de emergencia es la intubación; sin embargo, en los pacientes con IRA y con baja oxigenación, sin criterios de emergencia, pueden iniciar con otras terapias de sostén respiratorio diferentes a la intubación. La escalada terapéutica de soporte respiratorio utilizada consta de tres escalones bien diferenciados (Grupo de Trabajo COVID-19, 2021). El primero es la aplicación de flujo de oxígeno (O_2) por vía nasal, seguida por uso de mascarillas simples sin bolsa de reservorio y, finalmente, el uso de mascarillas con reservorio. Este tipo de soporte consigue aumentar la fracción inspirada de O_2 (FiO_2) del paciente hasta FiO_2 máximas aproximadas del 80% según el dispositivo, sin conseguir generar la presión necesaria en la vía aérea del paciente. Los pacientes con este soporte respiratorio son los candidatos de ingreso a las UCIA derivados de la planta de hospitalización, ya que requieren de mayor apoyo respiratorio, pasando al siguiente escalón terapéutico. El segundo escalón es el Soporte Respiratorio No Invasivo (SRNI) que incluye catéteres nasales de alto flujo y una ventilación mecánica no

invasiva. Gran parte de los pacientes que llegan a las UCIA's requieren de soporte respiratorio invasivo; sin embargo, y gracias al aprendizaje del personal y mejoramiento del material que se ha ido utilizando durante la evolución de la pandemia, éstos han proporcionado buenos resultados. El tercer escalón es la Ventilación Mecánica Invasiva (VMI) (Figura 1), donde el paciente requiere intubación endotraqueal. Este último tratamiento se proporciona cuando se cumplen los criterios clásicos de intubación, debido a la baja respuesta para SRNI (Koken et al. 2022).

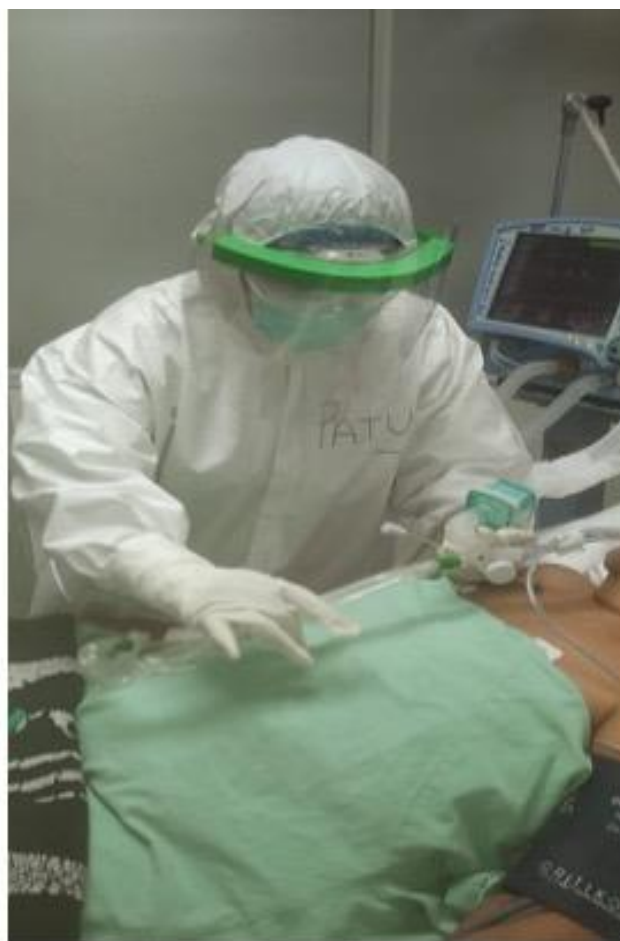


Figura 1. Ventilación Mecánica Invasiva. Fotografía: Jessica Jesús Aké Tello.

Cuidados en la posición de pronación

La pronación en el paciente, o decúbito prono (acostado viendo hacia abajo) (Ceruti 2021), se ha utilizado como tratamiento del SARS, lo que ha mejorado significativamente la oxigenación. La ventilación mecánica en decúbito prono, cuando se utiliza de forma

temprana, reduce significativamente la mortalidad en pacientes con SARS/moderado/grave. Además, esta posición es recomendable como mínimo 16 h al día, como parte del tratamiento de la hipoxemia grave dentro en las primeras 48 h de tratamiento por ventilación mecánica.

La posición en decúbito prono en pacientes intubados en las UCIA's (Figura 2), cumple criterios clínicos teniendo en cuenta el tiempo después de la intubación. El procedimiento actual en la unidad es de 3 a 4 ciclos. Se considera cada ciclo de 16 h de decúbito prono y 8 h de decúbito supino (acostado viendo hacia arriba) (Figura 3). Se trata de un procedimiento que se realiza coordinado entre todo el equipo de salud, como son médicos, enfermeros, camilleros y jefe de servicio.



Figura 2. Cuidados de la Pronación. Fotografía: Genny J. Madera Poot.

Se requiere vigilancia de los signos vitales, especialmente de la oxigenación y de los gases sanguíneos, así como de la monitorización de la mecánica pulmonar. Se han creado instrumentos de valoración para los pacientes con este tratamiento para mayor control en las horas de pronación. Las dificultades a las que se ha enfrentado el personal de enfermería con estos pacientes incluyen el índice de masa corporal, puesto que existieron pacientes obesos y con necesidad de pronación, y así como personas con el cuello muy corto para poder

ejecutar una rotación adecuada cada determinado tiempo, evitando así úlceras en prominencias de cara, de miembros superiores e inferiores.



Figura 3. Posición supina del paciente. Fotografía: Genny J. Madera Poot.

Durante el procedimiento de movilización de los pacientes, se han obtenido una adecuada calidad teniendo en cuenta los siguientes puntos:

- Colocar la cama de forma invertida entre 10° y 15° .
- Movilizar cada 4/6 h los miembros superiores, inferiores y giro de la cabeza manteniendo la alineación corporal.
- Comprobación de la correcta posición del tubo endotraqueal.
- Cuidado de los ojos, evitando presiones para valorar posible ulceración y signos de infección y necesidad de oclusión ocular.
- Vigilar y prevenir la aparición de úlceras por presión, teniendo especial precaución en pómulos, orejas, frente, acromion, mamas, codos, genitales, rodillas y dedos de pies.
- El aseo de los pacientes realizado en la misma posición, teniendo los cuidados correctos por personal de enfermería y camillero durante cambio de sábanas.
- Vigilancia constante de la sonda nasogástrica, previa a cualquier movilización.

- Prevención frente a eventos tromboembólicos, mediante profilaxis con anticoagulantes, en aquellos casos en los que no existan contraindicación.
- Vigilancia estricta de los signos vitales y monitorización hemodinámica continua.

Cuidados *post mortem*

En las UCIA se realiza la preparación y tratamiento del cadáver de acuerdo con los protocolos habituales donde se mantiene la confidencialidad, el respeto y la protección de los profesionales que interviene en el procedimiento. Una vez finalizado el procedimiento, se pulverizan con desinfectante de uso hospitalario, o con una solución de hipoclorito sódico. El cadáver debe ser llevado lo antes posible al cuarto frío posterior al fallecimiento.

Agradecimientos

Agradecemos al personal de enfermería de los hospitales en Mérida, Yucatán, con reconversión, quienes compartieron sus experiencias y fotografías.

Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma de Yucatán, México

* ligia.rosado@correo.uady.mx

Madera Poot GJ, Rosado Alcocer LM, May Euán JF, Puch Ku EB, Gil Contreras JA. 2022. Cuidados al paciente hospitalizado por COVID-19 en Mérida, Yucatán, México: lecciones aprendidas del personal de enfermería en terapia intensiva. *Bioagrociencias* 15(1S):8-15.

Referencias

- Ceruti S, Glotta A, Biggiogero M, Bona G, Saporito A, Faldarini N, Olivieri D, Molteni C, Petazzi S y Capdevila X. 2021. Multidisciplinary team approach in critically ill COVID-19 patients reduced pronation-related complications rate: A retrospective cohort study. *Annals of Medicine and Surgery* 70:102836.
- Costa Sánchez, C y López García X. 2020. Comunicación y crisis del coronavirus en España. Primeras lecciones. *El profesional de la información* 29(3): e290304.
- Guerrero-Castañeda R y Hernández-Cervantes Q. 2020. El cuidado de sí y la espiritualidad en tiempos de contingencia por COVID-19. *Cogitare enferm*: 25.
- Grupo de Trabajo COVID-19. Manejo del paciente crítico covid-19 en UCI (Actualización enero 2021). Unidad de Cuidados Críticos Postquirúrgicos.

- Servicio de Anestesiología y Cuidados Críticos Postquirúrgicos. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (Madrid). Fecha de consulta 05/02/2022 en <https://www.academia.cat/files/204-8821-FITXER/MANEJODELPACIENTECOVID19>
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., Wang, Y., Hu, J., Lai, J., Ma, X., Chen, J., Guan, L., Wang, G., Ma, H., & Liu, Z. 2020. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet. Psychiatry*, 7(3): e14.
- Koken, Z.O, Savas, H., y Gul, S. 2022. Cardiovascular nurses' experiences of working in the COVID-19 intensive care unit: A qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 69: 103181.
- Organización Mundial de la Salud (2020). Evaluación de los factores de riesgo de enfermedad por el coronavirus de 2019 (COVID-19) entre trabajadores de salud: protocolo para un estudio de casos y testigos. Fecha de consulta 07/02/2022 en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332505/WHO-2019-nCoVHCW_RF_CaseControlProtocol-2020.1-spa.pdf