

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO
DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD



**“Diagnósticos enfermeros en pacientes con COVID-19 en un hospital
pediátrico de Tabasco”**

**Tesis para obtener el diploma de la:
Especialidad en Enfermería pediátrica**

Presenta:

Tania Itzel Caro Sarao

Directoras:

**Dra. C. E María Asunción Vicente Ruiz
MCSP Yara María Vidal Mayo**

Villahermosa, Tabasco.

Diciembre 2021.



ACTA DE REVISION DE TESIS



UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO
"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Dirección



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 08:00 horas del día 20 del mes de octubre de 2021 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Diagnósticos enfermeros en pacientes con COVID-19 en un Hospital Pediátrico de Tabasco"

Presentada por el alumno (a):

Caro	Sarao	Tania Itzel
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)

Con Matricula

2	0	2	E	1	7	0	0	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Diploma de:

Especialista en Enfermería Pediátrica

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

Dra. en C. E. María Asunción Vicente Ruíz
MCSP Yara María Vidal Mayo
Directores de Tesis

MCE. Amelia Hernández de la Cruz

Mtro. Oscar Jesús Zurita Sanlúcar

Mtra. Elizabeth Carrillo Bautista

Dra. Laura Guillermina Tejero Pérez

MAH. María Eugenia Sánchez Gómez



OFICIO DE AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DEL TRABAJO DE TESIS



UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO
"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Dirección



Of. No. 0717/DACS/JAEP

20 de octubre de 2021

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Tania Itzel Caro Sarao
Especialidad en Enfermería Pediátrica
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores MCE. Amelia Hernández de la Cruz, Mtro. Oscar Jesús Zurita Sanlúcar, Mtra. Elizabeth Carrillo Bautista, Dra. Laura Guillermina Tejero Pérez, MAH. María Eugenia Sánchez Gómez impresión de la tesis titulada: **Diagnósticos enfermeros en pacientes con COVID-19 en un Hospital Pediátrico de Tabasco**, para sustento de su trabajo recepcional de la Especialidad en Enfermería Pediátrica, donde funge como Directores de Tesis la Dra. C. E. María Asunción Vicente Ruiz y MCSP Yara María Vidal Mayo.

Atentamente

Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora



C.c.p.- Dra. C.E. María Asunción Vicente Ruiz.- Directora de Tesis
C.c.p.- MCSP Yara María Vidal Mayo.- Directora de Tesis
C.c.p.- MCE. Amelia Hernández de la Cruz.- Sinodal
C.c.p.- Mtro. Oscar Jesús Zurita Sanlúcar.- Sinodal
C.c.p.- Mtra. Elizabeth Carrillo Bautista.- Sinodal
C.c.p.- Dra. Laura Guillermina Tejero Pérez.- Sinodal
C.c.p.- MAH. María Eugenia Sánchez Gómez.- Sinodal

C.c.p.- Archivo:
DC/MCM/MCE/XME/psv*

Miembro CUMEX desde 2008
Consorcio de
Universidades
Mexicanas

Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, 2028-A,
Col. Tamulté de las Fiestas, 86150,
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco

Tel.: (993) 3581500 Ext. 6314, e-mail: posgrado.dacs@ujat.mx

www.dacs.ujat.mx

Facebook icon: DIFUSION DACS

Instagram icon: DIFUSION DACS OFICIAL

Twitter icon: @DACSDIFUSION



CARTA DE CEDE DE DERECHOS

Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 12 del mes de octubre del año 2021, el que suscribe, Tania Itzel Caro Sarao, alumno del programa de la especialidad en Enfermería Pediátrica, con número de matrícula 202E17002 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: "Diagnósticos enfermeros en pacientes con COVID-19 en un hospital Pediátrico de Tabasco", bajo la Dirección de la Dr. C. E María Asunción Vicente Ruiz y la MCSP Yake María Vidal Mayo, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: tania3095@gmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.


Tania Itzel Caro Sarao

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE
CIENCIAS DE LA SALUD



SECRETARÍA DEL ÁREA DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello



RECONOCIMIENTO A LA INSTITUCIÓN

Agradezco el apoyo y las facilidades brindadas por el Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño “Dr. Rodolfo Nieto Padrón” y en especial al servicio de infectología – COVID, lugar donde desarrolle mi proyecto de investigación. Esto no se hubiera alcanzado sin la excelente ayuda, guía y asesoría de mis directoras de tesis la Dra. C. E María Asunción Vicente Ruiz y MCSP Yara María Vidal Mayo.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



DEDICATORIAS

La presente tesis es la culminación de mi esfuerzo y dedicación.

Este es el resultado logrado con el apoyo de dios, mi familia y mis asesores que siempre estuvieron cuando los necesite.

Este trabajo lo dedico principalmente;

A Dios

Por darme salud, vida, sabiduría y todas las herramientas necesarias para poder concluir con éxito mi especialidad.

A mis Padres

Por estar en todo momento, por su apoyo incondicional, comprensión por los consejos por siempre guiarme e impulsarme a lograr mis metas y llevarme de la mano, a ustedes les dedico este logro más en mi vida que también es de ustedes. Los amo y sin ustedes no hubiera sido posible nada de esto.



AGRADECIMIENTOS

Mi más amplio agradecimiento En primer lugar a mis directoras de tesis, la Dra. C.E. María asunción Vicente Ruiz y la MCSP Yara María Vidal Mayo por haber confiado en este trabajo, por su paciencia, tiempo, por su valiosa dirección y apoyo para seguir este camino de tesis y llegar a la conclusión del mismo.

Agradezco a la universidad por darme la oportunidad de poder seguir mi desarrollo y preparación como profesional en salud, es un orgullo para mi poder ser egresada de la especialidad de Enfermería Pediátrica de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Agradezco a mis maestros, por sus enseñanzas y por todos los conocimientos otorgados.

Agradezco a dios por dejarme vivir este momento en mi vida, por permitirme estar cumpliendo un sueño más que hoy puedo decir que se hizo realidad.

Gracias a la vida y a dios por este triunfo, gracias a todas las personas que me apoyaron y creyeron en mí.



ÍNDICE

Acta de revisión de tesis	I
Oficio de autorización de impresión del trabajo de tesis	II
Carta de cede de derechos.....	III
Reconocimiento a la institución.....	IV
Dedicatorias	V
Agradecimientos	VI
Índice de tablas.	IX
Abreviaturas.....	X
Glosario.....	XI
Resumen	XII
Abstract.....	XIII
Introducción.....	1
planteamiento del Problema	3
Justificación	7
Objetivos.....	9
Marco Conceptual.....	10
Material y Métodos.....	40
Resultados.....	44
Discusión	50



Conclusiones	52
Perspectivas	53
referencias Bibliograficas	54
Anexos	58

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



Índice de Tablas.

Tabla 1	44
Características Sociodemográficas de los participantes	44
Tabla 2	45
Características clínicas de los participantes.....	45
Tabla 3	45
Características clínicas de los participantes.....	45
Tabla 4	46
Estadística descriptiva de los datos sociodemográficos	46
Tabla 5	46
Diagnósticos medico de ingreso de los participantes.....	46
Tabla 6	49
Clasificación de los diagnósticos de enfermería.....	49



Abreviaturas

NANDA	Nort American Nursing Diagnosis Association
OMS	Organización Mundial De la Salud
PAE	Proceso De Atención de Enfermería
CPAD	Presión positiva por sus siglas en ingles
INDRE	Instituto de diagnóstico y referencia epidemiológicos
CONAVE	Comité nacional de vigilancia epidemiológica
IRAG	Infección respiratoria aguda grave
SpO2	Porcentaje de saturación de oxígeno en la sangre
UCI	Unidad de cuidados intensivos
PNAF	Puntas nasales de alto flujo
VMNI	Ventilación mecánica no invasiva
ARN	Ácido ribonucleico
TAC	Tomografía axial computarizada
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva
O2	Oxígeno
RCP	Reanimación cardio pulmonar
NIC	Nursing intervention clasification
NOC	Nursing outcomes classification



Glosario

Cefalea	Dolor de cabeza
Disnea	Sensación subjetiva de falta de aire o de dificultad respiratoria
Mialgias	Dolor muscular
Odinofagia	Dolor que experimentan al deglutir alimentos sólidos y líquidos
Hipertermia	Temperatura corporal elevada, muy por encima del valor normal
Rinorrea	Congestión nasal
Estertores	Ruidos que produce el paso del aire por las vías respiratorias obstruidas por mucosidad
Leucopenia	Disminución del número de leucocitos en la sangre, por debajo de 4000 por milímetro cúbico.



RESUMEN

Introducción: La COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2. La OMS la declara pandemia en 2020. Debido al vacío en el conocimiento acerca de los diagnósticos enfermeros más frecuentes asociados a COVID-19 se estudia en pacientes pediátricos.

Objetivo: Describir los diagnósticos enfermeros más frecuentes en pacientes pediátricos con COVID-19 de un hospital de tercer nivel de Tabasco.

Material y método: Fue un estudio de tipo exploratorio, descriptivo y retrospectivo ya que los datos se tomarán de los registros clínicos de enfermería de pacientes con diagnóstico de COVID-19. La población de estudio fueron pacientes pediátricos menores de 15 años confirmados con diagnóstico médico de COVID-19 que fueron atendidos en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño “Dr. Rodolfo Nieto Padrón” durante el periodo del 1 de marzo - 31 de diciembre 2020. La muestra no probabilística estuvo conformada por 21 pacientes.

Resultados: La edad más frecuente fue de menores de un año 57.14%; sexo femenino 52.4 %; de sexo masculino 47.67%, el 80% no recibieron apoyo ventilatorio y sedación; el tipo de apoyo ventilatorio consiste de ventilación mecánica invasiva y oxigenoterapia 19% respectivamente; el promedio de días de estancia hospitalaria fue de 11 días, con un rango de 3 a 19 días. El diagnóstico enfermero más frecuente es riesgo de caídas 95.2%, el tipo de diagnóstico más frecuente fueron enfocados en el problema 67.4%.

Conclusión: En el presente estudio se encontró que el 67% de los diagnósticos utilizados fueron enfocados en el problema; el 29% de riesgo; y el 3% de promoción de la salud.

Palabras Claves: COVID 1, SARS COV 2, niños, diagnósticos enfermeros



Abstract

Introduction: COVID-19 is an infectious disease caused by the new coronavirus SARS-CoV-2. The WHO declares it a pandemic in 2020. Due to the gap in knowledge about the most frequent nursing diagnoses associated with COVID-19, it is being studied in pediatric patients.

Objective: To describe the most frequent nursing diagnoses in pediatric patients with COVID-19 from a tertiary hospital in Tabasco.

Material and method: It was an exploratory, descriptive and retrospective study since the data will be taken from the clinical nursing records of patients diagnosed with COVID-19. The study population were pediatric patients under 15 years of age confirmed with a medical diagnosis of COVID-19 who were treated at the Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño “Dr. Rodolfo Nieto Padrón” during the period from March 1 to December 31, 2020. The non-probabilistic sample consisted of 21 patients.

Results: The most frequent age was under one year 57.14%; female 52.4%; 47.67% male, 80% did not receive ventilatory support and sedation; the type of ventilatory support consists of invasive mechanical ventilation and oxygen therapy, 19% respectively; the average number of days of hospital stay was 11 days, with a range of 3 to 19 days. The most frequent nursing diagnosis is the risk of falls 95.2%, the most frequent type of diagnosis was focused on the problem 67.4%.

Conclusion: In the present study, we found that the diagnoses documented 67% focused on the problem, risk 29%, and for health promotion 3%.

Keywords:

COVID 1, SARS COV 2, children, nursing dia



1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud [OMS] en su primer informe en diciembre de 2019, sustenta que la COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 que ha sido descubierto recientemente en humanos. Siendo el epicentro la ciudad Wuhan (China) en diciembre de 2019, los primeros casos fueron identificados como neumonía de causa desconocida; el 30 de enero del 2020 es considerada una emergencia Internacional; en febrero la OMS lo denomina COVID-19 (SARS-coV-2) [del acrónimo inglés: coronavirus disease 2019] ya que el primer nombre que se le asignó fue Virus 2019-nCoV. El SARS-coV-2 es un virus de cadena simple de ARN, tiene la apariencia de una corona por la presencia de glucoproteínas en su envoltura; este virus es muy similar al virus causante del síndrome respiratorio agudo grave (SARS). El 11 de marzo de 2020 la OMS la declara pandemia; actualmente afecta a 221 países de todo el mundo, aun su origen es desconocido, pero se sospecha que paso de un animal al ser humano (OMS, 2020; Colegio Mexicano de Medicina Crítica, 2020).

Los signos y síntomas más característicos son fiebre, tos seca, debilidad, en menor escala se puede presentar dolor y molestias, congestión nasal, dolor de cabeza, conjuntivitis, dolor de garganta, diarrea, pérdida del gusto o el olfato, erupciones cutáneas, cianosis en miembros inferiores y superiores, estos síntomas más del 80% presentan de manera leve y comienzan gradualmente; se estima que uno de cada cinco pacientes va a presentar sintomatología grave donde es muy frecuente la dificultad respiratoria donde se tiene que inducir al paciente a la sedación con diferentes fármacos (OMS, 2020).



Los pacientes pediátricos que presentan covid-19 reciben atención de un equipo multidisciplinario de salud. Enfermería otorga cuidado integral utilizando la metodología del proceso enfermero que incluye valoración (inicial y continua), formulación de diagnósticos de enfermería, plan de cuidados (con establecimiento de resultados, selección de intervenciones) ejecución de intervenciones y evaluación.

El proceso de atención de enfermería (PAE), es un sistema que busca guiar el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista, por medio de las intervenciones, actividades y resultados de enfermería, para el bienestar del individuo, familia, o grupos.

Los diagnósticos de enfermería son la segunda etapa de la metodología científica del quehacer de la profesión. Los diagnósticos de enfermería son problemas que aquejan al usuario, entonces está dentro de las competencias del profesional de enfermería, que busca las respuestas humanas (cuidado); que los puede tratar de manera independiente, los diagnósticos se obtendrán de un proceso de valoración, en conjunto con la suma de datos confirmados (signos y síntomas) e identificación de necesidades o problemas.

Para establecer estos diagnósticos se toman de la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), en 1990 definió el diagnóstico de enfermería como:

“un diagnóstico enfermero “proporciona la base para la selección de intervenciones de enfermería para lograr resultados sobre los cuales la enfermería tiene la responsabilidad “(NANDA I 2018 - 2020).

Es por ello la importancia de identificar cuáles son los diagnósticos enfermeros que más se utilizan en pacientes pediátricos con COVID-19, resultados que permitirán obtener



información de manera sintética de estos diagnósticos y su planificación de cuidados que les sirva a las instituciones de salud que atienden a estos pacientes.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ginebra, 11 de marzo de 2020 (OMS)- El Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus, anunció hoy que la nueva enfermedad por el coronavirus 2019 (COVID-19) puede caracterizarse como una pandemia.

por su acelerada diseminación y propagación en los países, hasta esa fecha se tenían contabilizados 118, 000 casos, 114 países infectados y 4, 300 muertes (Álvarez et al, 2020), su principal medio de transmisión es vía directa a través de las gotitas de flügge de la persona infectada al toser, estornudar o incluso al hablar, y estas gotas caen al suelo por ser muy pesadas mayor a cinco micras que da como resultado caer sobre las superficies y objetos como lo son las mesas, sillas, barandales, puertas, picaporte, etc., ocasionando que otras personas se contagien si tocan estos objetos contaminados, y no se lavan las manos, posteriormente se tocan la boca, nariz y ojos, por ello el lavado de mano y la sana distancia se convierten en medidas de prevención de infección fundamentales para combatir esta pandemia. El sistema de salud se tuvo que adaptar y sobrellevar la enfermedad ya que al ser nueva no se tenían establecido protocolos para el manejo de estos pacientes (OMS, 2020).



En promedio el 5% de los pacientes puede presentar dificultad respiratoria y otras complicaciones, el personal de enfermería se convierte en la primera línea para hacerle frente a esta pandemia.

En enero de 2021; 1, 443, 544 personas diagnosticadas con COVID-19 y 126,851 defunciones a nivel nacional; a nivel estatal 44,773 casos confirmados y 3,278 muertes según la Secretaría de Salud de Tabasco (2021) y a nivel mundial 81,947,503 casos confirmados y muertes 1,808,041; con una tasa de letalidad del 2.2%. Según el Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes (SIPINNA) para el corte 03 de enero de 2021 se han registrado 408 muertes; por grupo de edad de 0 a 5 años 231 muertes; de 6 a 11 años 60 defunciones y de 12 a 17 años 117 muertes, los estados con más fallecimientos son Baja California, Chiapas, Aguascalientes, Veracruz y Guerrero (SIPINNA, 2021).

Al Corte del 14 de marzo de 2021 se registraron 48, 380 casos positivos de COVID-19 en niños de 0 a 17 años, de los cuales 9 313 de 0 a 5 años, 11 503 de 6 a 11 años y 27 564 de 12 a 17 años, las muertes hasta la fecha van 518; 286 varones y 232 niñas. Las comorbilidades asociadas mayormente en esta población son Neumonía, Obesidad, y Asma afectando más a los niños (SIPINNA, 2021).

La principal complicación de esta enfermedad es la neumonía estos van a necesitar cuidados especializados requieren oxígeno suplementario y se recomienda mantener el porcentaje de SpO2 (oximetría de pulso) en más del 90% para adultos y niños sin enfermedades cardiovasculares, cerebrales o pulmonares previas, en embarazadas más del 95%, y niños y adultos con enfermedades previas mantener alrededor del 94% (Carrillo y Sánchez, 2020).



Los usuarios pediátricos en los países con más casos positivos con COVID-19, como lo fue China, Estados Unidos, Italia y España, estos no presentaron complicaciones agudas y los casos fueron leves, muy pocas muertes; pero a lo contrario en México representa un riesgo sanitario, por tener muchos factores de riesgos como son la obesidad infantil que se ocupa el primer lugar a nivel mundial, además están presentes otras enfermedades como cardiopatías congénitas, enfermedades pulmonares, onco-hematológicas, desnutrición, problemas renales, por lo que se vuelven una población vulnerable a presentar complicaciones (Soriano y Correa, 2020).

La Clasificación de Diagnósticos de Enfermería NANDA 2018-2020. Los define como las actividades que realiza el personal de enfermería; trata las respuestas a afecciones de salud/procesos vitales de personas, familias, grupos y comunidades. Dichas respuestas son el objeto principal del cuidado enfermero y constituyen el círculo adscrito a enfermería. Un diagnóstico enfermero puede focalizarse en un problema, un estado de promoción de la salud o en un riesgo potencial (NANDE 2018-2020).

Los diagnósticos enfermeros propuestos en el plan de cuidados institucional en pacientes con COVID19 fueron: Dominio 1. Promoción de la salud: Protección ineficaz relacionada con la incapacidad de protegerse contra un agente infeccioso evidenciado por tos, escalofríos y fatiga. Del dominio 2. Nutrición: Riesgo de desequilibrio electrolítico relacionado con la presencia de vómitos y diarrea, Volumen de líquido excesivo relacionado con la retención de agua, como lo demuestra el edema en miembros inferiores. En el Dominio 3. Eliminación e intercambio: Diarrea relacionada con un proceso infeccioso evidenciado por dolor abdominal, Intercambio de gases alterado relacionado con deterioro pulmonar evidenciado por disnea y patrón de respiración anormal. Dominio 4. Actividad/Reposo:



Disminución del gasto cardíaco relacionado con el proceso patológico evidenciado por palpitaciones, ataques cardíacos y disnea, Fatiga relacionada con el proceso patológico evidenciada por un aumento de los síntomas físicos, Patrón respiratorio ineficaz relacionado con dolor y fatiga evidenciados por disnea, Deterioro de la ventilación espontánea relacionada con la fatiga de los músculos respiratorios evidenciado por disnea, en el Dominio 10.

Principios vitales: Sufrimiento espiritual relacionado con la depresión, los factores estresantes y el cambio ambiental evidenciado por el insomnio; Dominio 11. Seguridad / protección:

Hipertermia relacionada con un proceso infeccioso evidenciado por piel caliente al tacto;

Dominio 12. Confort: Dolor agudo relacionado con un agente biológico dañino evidenciado por un informe de comportamiento de dolor / cambios en las actividades, Náuseas relacionadas con la exposición a toxinas evidenciadas por arcadas (Dantas et al, 2020).

De la investigación se enfoca en la realización de revisiones de los diferentes criterios de autores en relación al cuidado de pacientes pediátricos confirmados con infección por SARS CoV2 a nivel hospitalario para identificar los diagnósticos prioritarios y actividades de enfermería según las taxonomías NANDA, NOC y NIC de acuerdo a necesidades prioritarias del paciente pediátrico con COVID - 19.

Ante la situación planteada surge la siguiente interrogante ¿Cuáles son los diagnósticos de enfermería más frecuentes en pacientes con covid-19 atendidos en un hospital de pediatría de Tabasco?



3. JUSTIFICACIÓN

SARS-CoV-2, es una enfermedad infecciosa, que va a afectar a todos los grupos de edad, en promedio el 5% puede tener un curso grave, incluso letal y más si existe comorbilidad asociada. El grupo pediátrico no es la excepción. La media de edad de diagnóstico es de 7 años, sin predominio de sexo. Los síntomas se inician entre los días 2 y 42 días posteriores al posible contagio; el 90% cursa asintomático o con infección respiratoria o digestiva leve, sólo el 2% requiere atención en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Existen diversas enfermedades que pueden desencadenar o ser un factor de riesgo para que se complique el paciente como son: Neumopatías, Enfermedades con Inmunocompromiso, Enfermedades Neurológicas, Cardiopatías, Enfermedades Endocrinológica, Patologías Nefrológicas.

El personal de enfermería debe conocer las intervenciones a realizar en el paciente pediátrico desde el ingreso del niño tanto caso confirmado como sospechoso.

Diversos estudios realizados en 2020 como Piña y Preciado, Ramalho et al. han identificados que los diagnósticos están más enfocados a la parte ventilatoria o vía aérea que es la más afectada, Patrón respiratorio ineficaz (22.4%), Limpieza ineficaz de las vías aéreas (20.7%), regulación neurológica (17.2%), hidratación y eliminación ambas con el (13.8%), regulación inmunológica (6.9%) y regulación térmica (5.2%), datos que pueden evidenciar que solo se valora la parte biológica del paciente, sola una esfera, dejando afuera la parte emocional y de rol del usuario, quizás esto se deba a la complejidad de la enfermedad y que aún es nueva para su correcto manejo o que la filosofía institucional enfatiza la valoración y los cuidados de los aspectos biológicos con menor acentuación en los psicosociales.



Este trabajo tendrá una relevancia teórica por introducir nuevos conocimientos sobre los diagnósticos de enfermería en esta población, y aportará saberes a la disciplina de enfermería en problemas emergentes de salud pública en población pediátrica.

La significancia social tendrá impacto en esta población de estudio, la manera de abordar al paciente y a sus cuidadores principales, para no solo incluir en el cuidado de enfermería solo la dimensión biológica sino también social y emocional en los usuarios y cuidadores primarios.

Es por ello por lo que los diagnósticos enfermeros ya sistematizados permitirán a la enfermera un abordaje más complejo, que actuaran como un protocolo de cuáles son los diagnósticos más frecuentes en estos pacientes, desde el manejo de la vía aérea (parte biológica), apoyo hemodinámico, hasta la parte social y emocional como los procesos familiares, conductas del lactante o escolar, cansancio del rol de cuidador, datos que permitirán obtener un banco de diagnósticos enfermeros.



4. OBJETIVOS

1.1 General:

- Describir los diagnósticos enfermeros más frecuentes en pacientes pediátricos con COVID-19 de un hospital de tercer nivel de Tabasco.

1.2 Específicos:

- Describir las variables sociodemográficas de los participantes.
- Identificar los diagnósticos más utilizados en los pacientes pediátricos con COVID-19
- Clasificar los tipos de diagnósticos enfermeros de acuerdo a la NANDA, enfocados al problema, Riesgo y de Promoción de la salud.
- Describir Planes de Cuidados que favorezcan la seguridad, eficiencia de la atención del paciente pediátrico con sospecha o diagnóstico confirmado de infección por coronavirus SARS CoV.



5. MARCO CONCEPTUAL

En este apartado se abordarán las definiciones conceptuales que servirán de sustento para esta investigación, posteriormente se resumirán los estudios relacionados con la variable de interés de este estudio y por último se abordarán las definiciones de términos.

1.1. **Generalidades del COVID-19.** El coronavirus pertenece a la subfamilia Orthocoronavirinae clasifica a los coronavirus en los siguientes cuatro géneros: alfa coronavirus (alphaCoV), beta coronavirus (betaCoV), delta coronavirus (deltaCoV) y gamma coronavirus (jamaca). Los coronavirus pueden causar enfermedades en animales como camellos, gatos y murciélagos.

Existen siete coronavirus humanos que se describen a continuación:

1) HCoV (co-circulation of four human coronaviruses), que pueden infectar a humanos. Estos son: HCoV-OC43, HCoV-HKU1 (betaCoVs), HCoV-229E y HCoV-NL63 (alphaCoVs), los cuales pueden ser responsables de 5% de las enfermedades respiratorias con 2% de la población como portador sano.

2) SARS-CoV, MERS-CoV y SARS-coV-2 (betaCoV). El virus es termo sensible y es inactivado por solventes lipídicos; puede ser transmitido por gotas y por aerosoles, y tiene un periodo de incubación de dos días a dos semanas. También se ha propuesto la transmisión por contacto (Colegio Mexicano de Medicina Crítica, 2020).

Ante la llegada del virus a México el Colegio Mexicano de Medicina Crítica, recomienda para prevenir y ayudar a estos pacientes y al personal de salud; propone la dotación de equipo de protección personal, instalación de lugares especiales para atender a los pacientes; estos que cumplan con los requerimientos mínimos para poder manejar a los pacientes infectados por COVID-19, o sea, que todas las camas de UTI que tendrán pacientes



con COVID-19 deben contar con ventilación independiente en cada cubículo (cama), ya sea con ventilación natural o con ventilación mixta (híbrida), además de agregarles circuitos de presión negativa (Colegio Mexicano de Medicina Crítica, 2020).

Los procedimientos de bajo riesgo de transmisión vírica según el Colegio Mexicano de Medicina Crítica son: Colocación de tubo de Guedel, Colocación de mascarilla facial de oxigenoterapia con filtro espiratorio, Compresión torácica, Desfibrilación, cardioversión y colocación de marcapasos transcutáneo, Inserción y canalización de la vía venosa o arterial, Administración de fármacos o fluidos intravenosos.

Los procedimientos de alto riesgo de transmisión vírica son: Aerosol terapia y nebulización, Puntas nasales de alto flujo, Ventilación manual con mascarilla, Ventilación no invasiva CPAP/BiPAP, Intubación orotraqueal, Traqueotomía quirúrgica > percutánea, Broncoscopia, gastroscopia, Aspiración de secreciones, Resucitación cardiopulmonar.

Los procedimientos susceptibles de generar aerosoles y las estrategias sugeridas para reducir su riesgo en caso de ser estrictamente necesario son: Aspiración de secreciones respiratorias: Aspiración cerrada si hay ventilación mecánica (VM), aerosol terapia y nebulización, Toma de muestras respiratorias, Lavado bronco alveolar, Oxigenoterapia de alto flujo, Ventilación no invasiva (VNI), Ventilación manual con mascarilla y bolsa auto inflable, Ventilación mecánica (VM), Resucitación cardiopulmonar.



Identificación de pacientes Según la Guía Rápida para la Atención Hospitalaria de la Infección SARS-CoV-2 en Pediatría.

Caso sospechoso: A) Cualquier persona que en los últimos 7 días ha presentado al menos dos de los siguientes signos y síntomas: tos, fiebre o cefalea (Irritabilidad en menores de 5 años).

Acompañados de al menos uno de los siguientes signos o síntomas: Dificultad respiratoria, Mialgias/artralgias, Odinofagia, Coriza, Náusea/vómito, Diarrea, Alteración del estado mental.

B) Paciente con enfermedad respiratoria aguda grave (fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, tos, con inicio dentro de los últimos 10 días y que requiere hospitalización).

Caso Probable de COVID-19

A) Paciente que cumple con los criterios clínicos anteriores y es un contacto de un caso probable o confirmado.

B) Un caso sospechoso con imágenes de tórax que muestran hallazgos radiológicos sugestivos por COVID-19.

Caso confirmado: Persona que cumpla con la definición operacional de caso sospechoso y que cuente con diagnóstico confirmado por la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública reconocidos por el InDRE (Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos). Las instituciones que conforman el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE) avalan el siguiente porcentaje de muestreo para la vigilancia epidemiológica de COVID-19:

- Casos sospechosos con síntomas leves: 10% (ambulatorios).



- Casos sospechosos con sintomatología grave: 100% (dificultad respiratoria).
- Tomar el 100% de muestras a los pacientes graves que cumplan con la definición de infección respiratoria aguda grave (IRAG) de todas las unidades médicas del país.

Criterios de actuación ante un caso sospechoso o confirmado:

1. Considere la realización de oximetría de pulso en pacientes con dificultad respiratoria o evidencia de cianosis.
2. Pacientes con FiO₂ de 50% y SpO₂ < 92% ingreso a área COVID.
3. Considere la valoración a UCI en pacientes con FiO₂ > 60% y en quien no rebasa SpO₂ 92%.

Pruebas Diagnósticas: El diagnóstico de esta infección viral consiste en tres pilares:

- 1) El estudio epidemiológico.
- 2) Las manifestaciones clínicas.
- 3) El complemento diagnóstico. Reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa reversa (PCR-RT).

Clasificación de la Infección Covid-19 Según la Gravedad

Infección asintomática: Sin síntomas ni signos clínicos, con imagen de tórax o TAC normal y prueba de PCR SARS-CoV-2 con resultado positivo.

Infección Leve: Síntomas de IRAS (fiebre, fatiga, mialgias, tos, odinofagia, coriza, rinorrea). Exploración física pulmonar normal. Con o sin fiebre o sólo síntomas digestivos (náuseas, vómitos, dolor abdominal y diarrea).

Infección Moderada: Con signos clínicos de neumonía, fiebre persistente y tos seca que puede evolucionar a productiva, disnea, estertores, algunos pacientes pueden tener sibilancias, pero sin datos de dificultad respiratoria. Algunos casos pueden no presentar signos y síntomas



clínicos, pero la tomografía computarizada de tórax muestra lesiones pulmonares sugestivas de neumonía por SARS-CoV-2.

Infección Grave: Síntomas respiratorios tempranos (fiebre, tos) pueden ir acompañados de síntomas gastrointestinales (diarrea). Progresión de los síntomas en la primera semana de iniciado el cuadro clínico y la saturación de oxígeno es $<92\%$.

Criterios de Ingreso Unidad de Cuidados Intensivos.

El juicio clínico no puede ser sustituido por escalas de gravedad, pero éstas pueden ser útiles para su enfoque inicial. El hospital deberá contar con un sistema para diferenciar los casos en que, por sus condiciones de vida y preferencias, no sean candidatos para solicitar el ingreso a la UCI.

Prioridad I. Enfermos críticos inestables que requieren tratamiento y monitoreo intensivo, los cuales no se pueden ofrecer fuera de la UCI. Generalmente los tratamientos incluyen soporte ventilatorio, infusión de medicamentos vaso activos, etcétera. Generalmente no se establecen límites de actuación para los enfermos en prioridad I. Ejemplos de esta categoría de enfermos incluyen a los postoperados o enfermos que requieren soporte ventilatorio por falla respiratoria aguda y pacientes inestables hemodinámicamente o en choque, los cuales reciben monitoreo invasivo y/o medicamentos vasoactivos.

Prioridad II. Enfermos que requieren de monitoreo intensivo y pueden potencialmente necesitar una intervención inmediata. Generalmente no tienen límites de actuación. Ejemplos de esta categoría incluyen a pacientes con condiciones comórbidas crónicas o quienes desarrollan enfermedad médica o quirúrgica grave. En el contexto del COVID-19, se incluyen a pacientes que no estén intubados pero que tengan altos requerimientos de O₂.



Prioridad III. Enfermos críticos inestables que tienen una posibilidad reducida de recuperación debido a una enfermedad subyacente o a la naturaleza de su enfermedad aguda. Estos enfermos pueden recibir tratamiento intensivo para su enfermedad aguda, pero pueden establecerse límites de actuación como no intubación o no RCP. Ejemplos de esta categoría incluyen a pacientes con enfermedades neoplásicas metastásicas complicadas con infección, taponamiento cardíaco u obstrucción de vía aérea.

Prioridad IV. Enfermos que generalmente no son candidatos para ingresar a la UCI. El ingreso de estos enfermos debería ser analizado individualmente, bajo circunstancias especiales y a discreción del jefe del Servicio. Estos enfermos pueden ser ubicados en las siguientes categorías: A) No se anticipa un beneficio o el beneficio es muy pequeño al atenderlo en la UTI, B) Paciente con enfermedad irreversible y terminal que enfrenta una muerte inminente (Colegio Mexicano de Medicina Crítica, 2020).

Recomendaciones de Terapia Respiratoria en Pacientes con COVID-19.

Medidas preventivas: Equipo de protección y aislamiento. Medidas generales: Higiene de manos según recomendaciones de la Organización Mundial de Salud. Toda persona con síntomas respiratorios debe utilizar cubre bocas.

Manejo de insuficiencia respiratoria: Mecanismos de entrega de oxígeno convencionales: Se recomienda iniciar con puntas nasales o mascarilla simple 6-8 litros por minuto y mantener una saturación por oximetría de pulso de 90-94%. Valorar cambio de dispositivo según la respuesta clínica del paciente. Si el paciente requiere más de 8 litros por minuto, colocar dispositivo Venturi para mantener las saturaciones entre 90-94%.



Ventilación mecánica no invasiva: se utilizó para disminuir la necesidad de intubación con un porcentaje de éxito de 40 a 80% en SARS, en MERS de 30 a 40% y en influenza de 30%. Ha sido descrita como un procedimiento que genera aerosoles, sin embargo, la evidencia no es contundente, la ventilación mecánica no invasiva se debe administrar con ventiladores de cuidado crítico y con doble circuito (mascarilla no respirada). Puede utilizarse como estrategia inicial en pacientes con PaO_2/FiO_2 igual o mayor a 200 y pacientes con EPOC e insuficiencia cardiaca agregada (COVID-19).

Puntas nasales de alto flujo

Medicamentos: Broncodilatadores, Esteroides, Antibióticos nebulizados, adminístrelos con dispositivo de malla vibrante y en circuito cerrado.

Humidificación de la vía aérea: Se puede utilizar cualquier sistema de humidificación disponible.

Filtros: Se debe colocar filtro viral/bacteriano entre la mascarilla y bolsa, válvula mascarilla y cualquier circuito de otro equipo de ventilación (máquina de anestesia, ventilación mecánica no invasiva). En ventiladores de cuidados críticos se utilizarán filtros en la rama exhalatoria.

Ventiladores de cuidados críticos para múltiples pacientes: No recomendamos el uso de un solo ventilador mecánico para dos pacientes al mismo tiempo, debido al riesgo de generar más daño pulmonar inducido por ventilador e imposibilidad de monitoreo de la mecánica pulmonar.

Ventilación Mecánica no Invasiva (VMNI). 1. COVID-19 está asociado con síntomas graves como la insuficiencia respiratoria tipo I rápidamente progresiva.



1. El riesgo de dispersión del virus al personal de salud es mayor con el uso de VMNI y puntas nasales de alto flujo (PNAF) que con el uso de oxígeno suplementario administrado de forma convencional.

2. Si el uso de VMNI no puede evitarse (por ejemplo, falta de camas en terapia intensiva o falta de ventiladores mecánicos invasivos), se sugiere el uso PNAF, debido a que se ha reportado una menor área de aerosolización. En estos casos, la recomendación es que los pacientes ingresen a una habitación con presión negativa.

3. De forma general, se sugiere evitar PNAF o VMNI. Cada caso deberá ser individualizado y se debe considerar que el retraso de la intubación empeora el pronóstico de los pacientes.

4. No se recomienda el uso de PNAF o VMNI en pacientes graves con COVID-19 (Colegio Mexicano de Medicina Crítica, 2020).

Consideraciones durante la Intubación en Pacientes Graves con Covid-19.

La intubación traqueal es un procedimiento potencialmente de alto riesgo para el experto de la vía aérea, particularmente porque se expone a una carga viral alta, y aún más si la transmisión es directa y está asociado con una enfermedad más grave. Por esta razón, se deben tomar todas las precauciones necesarias.

Recomendaciones Generales:

Evaluar el abordaje invasivo de la vía aérea, en pacientes con dos o más de los siguientes signos (Palacios, Meneses, Guerrero, y Monares en 2020): Frecuencia respiratoria > 30 por minuto, SpO₂ < 93% con oxígeno \geq 6 litros minuto, Aumento subjetivo del trabajo



respiratorio, Disnea > 7 de 10, Clasificar la hipoxia, con base en el índice SpO_2/FiO_2 , Moderada: SpO_2/FiO_2 de 315 = PaO_2/FiO_2 : < 300 mmHg, Severa: SpO_2/FiO_2 de 235 = PaO_2/FiO_2 : < 200 mmHg, Leve: $SpO_2 < 85\%$ con oxígeno a 3 litros minuto, Moderada: $SpO_2 < 92\%$ con oxígeno a 6 litros minuto, Severa: $SpO_2 < 93\%$ con oxígeno ≥ 10 litros minuto (Colegio Mexicano de Medicina Crítica, 2020).

Manejo hemodinámico pacientes COVID-19.

Los pacientes COVID-19 tienen algún grado de hipertensión pulmonar y disfunción del ventrículo derecho por vasoconstricción pulmonar hipóxica.

1. Se recomienda restringir el aporte hídrico a estos pacientes.
2. No se recomienda usar retos de volumen intravascular.
3. No se recomienda usar pruebas para identificar respuesta a volumen, ya que este tipo de pruebas carecen de validez ante pacientes con hipertensión pulmonar.
4. Se recomienda mantener balance.

Reto de diurético. En presencia de oliguria, se recomienda un reto de diurético antes del empleo de reto de volumen. Infusión o bolo de furosemida, con base en esquemas parecidos al siguiente:

- a) Creatinina < 2 mg/dL
 - Furosemida bolo 40 mg, seguida de una infusión de 3 mg/horas durante el procedimiento anestésico.
- b) Creatinina < 3 mg/dL
 - Furosemida bolo 60 mg, seguida de una infusión de 6 mg/horas durante el procedimiento anestésico.



c) Creatinina > 3 mg/dL

• De ser posible, interconsulta con nefrología para guiar tratamiento. Reto de diurético con bolo de 80 a 100 mg de furosemida y evaluar respuesta a las 2 horas.

Respuesta positiva: diuresis > 200 ml en las siguientes dos horas.

Respuesta negativa: diuresis < 200 ml en las siguientes dos horas.

1.2. Acciones Generales de Enfermería en los niños con sospecha o confirmados con COVID-19. Guía Rápida para la Atención Hospitalaria de la Infección SARS-CoV-2 en Pediatría

Realizar higiene de manos.

Utilizar el equipo de protección personal.

Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio.

Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.

Monitorizar y registrar si hay síntomas de hipotermia e hipertermia.

Monitorizar la presencia y calidad de los pulsos.

Seguir los 10 principios para la administración de medicamentos.

Corroborar indicación médica, cerciorando la meta internacional con la identificación del paciente.

Ayudar al paciente a la toma de la medicación

Administrar la medicación indicada (antibiótica y antipirética).

Registrar, reportar y verificar la eficacia de la medicación.

Tomar nota de las alergias del paciente antes de administrar el fármaco y suspender los medicamentos si es necesario.



Vigilar los signos vitales y los valores de laboratorio antes de la administración de los medicamentos.

Acciones de enfermería para el soporte ventilatorio y la permeabilidad de la vía aérea en el niño con COVID-19. Guía Rápida para la Atención Hospitalaria de la Infección SARS-CoV-2 en Pediatría

Administrar oxígeno y monitorizar la pulso-oximetría

Monitorizar patrón respiratorio: esquemas respiratorios anormales (Cheyne-Stoks, Biot. apnéustico, atáxico y suspiros excesivos), frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.

Monitorizar el color, si hay cianosis central o periférica.

Auscultación de sonidos respiratorios, anotando áreas de disminución o ausencia de ventilación.

Mantener libres las vías aéreas: aspiración de secreciones, fisioterapia pulmonar y control de la gasometría arterial.

Seleccionar el tipo y calibre de la vía aérea: orofaríngea o nasofaríngea.

Fijar, asegurar la vía aérea y verificar el tubo endotraqueal con radiografía de tórax.

Auscultar campos pulmonares, para verificar la expansión bilateral de los pulmones e inflar el balón endotraqueal.

Verificar la lectura del ventilador mecánico, anotando los aumentos y disminuciones de presiones inspiratorias en volumen corriente.



Acciones de enfermería para el apoyo Hemodinámico en el niño con COVID-19. Guía Rápida para la Atención Hospitalaria de la Infección SARS-CoV-2 en Pediatría.

Monitorizar y detectar los signos tempranos de compromiso hemodinámico o Incluidos los niveles de PVC, PAM, PAP, PECP.

Valorar y registrar el nivel de conciencia con la escala de Glasgow y cambios en el estado neurológico.

Vigilar las condiciones del aporte de oxígeno tisular o Niveles de PaO₂, SaO₂, hemoglobina y gasto cardíaco

Observar signos de hemorragia y las posibles fuentes de pérdida de volumen.

Monitorizar los aportes tisulares de oxígeno o Hemoglobina, gasto cardíaco, PaO₂, SaO₂.

Monitorizar la determinación del consumo de oxígeno.

Comprobar las respuestas tempranas de compensación del shock o Presión arterial normal, presión del pulso, llenado capilar ligeramente retrasado, piel pálida/fría o piel enrojecida, ligera taquipnea, náuseas y vómito, sed aumentada o debilidad.

Controlar los signos precoces de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. Temperatura aumentada, taquicardia, taquipnea, leucocitosis o leucopenia.

Acciones de enfermería para el apoyo Gastrointestinal en el niño con COVID-19. Guía Rápida para la Atención Hospitalaria de la Infección SARS-CoV-2 en Pediatría.

Favorecer una ingesta nutricional y fomentar el consumo de líquidos adecuada.

Controlar las entradas y salidas a través del aparato gastrointestinal.



Administrar suplemento de electrolitos alterados (teniendo en cuenta la 3 meta internacional y la NOM-220-SSA1-2002).

Monitorizar la pérdida de bicarbonato (drenaje de fístulas o diarrea).

Monitorizar la pérdida de ácido (vómito, aspiración, diarrea y uresis).

Controlar el peso, la ingesta y eliminación a diario.

Anotar el color, cantidad y frecuencia de evacuaciones, vómito y drenaje nasogástrico.

Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Según Marriner en 1983 El PAE fue considerado un proceso por Hall, Jhonson, Orlando y Wiedenbach, lo realizaron con tres etapas: valoración, planeación-aplicación y evaluación. En la década de los 60s es definido como un proceso de resolución de problemas y en 1967 le integran una etapa más o separan la planeación con la aplicación, llamándole realización y lo definen (González y Chávez, 2009).

“El conjunto de pautas organizadas de actuación, dirigidas a cumplir objetivos de enfermería, tales como: mantener el bienestar óptimo del paciente, si este estado se altera, la enfermera deberá proveer todos los cuidados necesarios que la situación exija para restablecer su bienestar. En caso de no poder llegar al estado óptimo de bienestar, el PAE debe fomentar y promover la calidad de vida del paciente, aumentado al máximo sus recursos en el menor tiempo posible”

Más adelante se le agrega la segunda etapa de diagnóstico que es el paso final después de la valoración. Este es entendido como un enunciado del problema real, o en riesgo, del paciente que requiere la intervención de enfermería con el objetivo de resolverlo o disminuirlo.



Diagnóstico de Enfermería. Este fue definido como un juicio clínico sobre un individuo, familia o grupo de la comunidad, que se deriva de la recolección análisis y síntesis de datos obtenidos en la valoración. Sus intervenciones son Identificar los diferentes problemas que tienen los usuarios para los cuales se pueden ofrecer soluciones, por medio de la interpretación y análisis de datos, también permite comparar los datos encontrados con los estándares establecidos por las instituciones u organizaciones, al igual reúne y agrupa los datos sugeridos de la observación y ojo clínico identificado en la situación de salud-enfermedad. Estos diagnósticos se deben de registrar en los registros clínicos de enfermería para realizar el plan de cuidados (González y Chávez, 2009; Herdman y Kamitsuru, 2019).

Clasificación de Diagnósticos de Enfermería NANDA 2018-2020. El personal de enfermería trata las respuestas a afecciones de salud/procesos vitales de personas, familias, grupos y comunidades. Dichas respuestas son el objeto principal del cuidado enfermero y constituyen el círculo adscrito a enfermería. Un diagnóstico enfermero puede focalizarse en un problema, un estado de promoción de la salud o en un riesgo potencial.

Diagnóstico enfermero focalizado en el problema. Es un juicio clínico en relación con una respuesta humana no deseada de una persona, familia, grupo o comunidad, a una afección de salud/proceso vital (Herdman y Kamitsuru 2019).

Diagnóstico enfermero de riesgo. Juicio clínico en relación con la susceptibilidad de una persona, familia, grupo o comunidad de desarrollar una respuesta humana no deseada a una afección de salud/proceso vital (Herdman y Kamitsuru 2019).

Diagnóstico enfermero de promoción de la salud. Juicio clínico en relación con la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud. Estas respuestas se expresan por una disposición para mejorar los comportamientos específicos de



salud y pueden ser utilizadas en cualquier estado de salud. En situaciones donde los individuos son incapaces de expresar su propia disposición para mejorar los comportamientos en salud, la enfermera podría determinar que esa condición de promoción de salud existe y entonces actuar en nombre del paciente. Las respuestas de promoción de la salud se pueden dar en una persona, familia, grupo o comunidad (Herdman y Kamitsuru 2019).

Diagnóstico enfermero de síndrome. Juicio clínico en relación a un conjunto de diagnósticos enfermeros específicos que aparecen de manera conjunta, y, por lo tanto, la mejor forma para ser tratados es conjuntamente, a través de intervenciones similares (Herdman y Kamitsuru 2019).

Estudios Relacionados

Ramalho en 2020 realizó un estudio para relacionar los diagnósticos enfermeros / resultados e intervenciones para los pacientes críticamente enfermos afectados por COVID-19, con el objetivo de identificar los diagnósticos más frecuentes en esta población, la metodología fue un estudio documental realizado en marzo y abril de 2020, a partir de los registros clínicos de enfermería, desarrollado en la UTI de Adultos del Hospital Universitario Lauro Wanderley, pertenecientes a la Universidad Federal de Paraíba Brasil, los diagnósticos fueron tomados de las notas de enfermería. Los principales diagnósticos identificados y clasificados fueron oxigenación (22.4%), regulación vascular (20.7%), regulación neurológica (17.2%), hidratación y eliminación ambas con el (13.8%), regulación inmunológica (6.9%) y regulación térmica (5.2%).

Rodríguez, Yampuezán, Cañón en 2021 realizaron una investigación titulada Correlación entre diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería en el cuidado del



paciente admitido por COVID-19. La metodología fue un estudio, exploratorio, observacional, los diagnósticos se tomaron de los registros clínicos de enfermería, como principales resultados mencionan: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales, Deterioro de la deglución, Riesgo de deterioro de la función hepática, Diarrea, Patrón respiratorio ineficaz, Trastorno del patrón del sueño, Deterioro de la ambulación, Fatiga, Deterioro de la movilidad física, Confusión aguda, Deterioro de la comunicación verbal, Desesperanza, Baja autoestima situacional, Interrupción de los procesos familiares, Ansiedad ante la muerte, Síndrome de estrés del traslado, Deterioro de la regulación del estado de ánimo, Sufrimiento espiritual, Deterioro de la toma de decisiones independiente, Riesgo de deterioro de la integridad tisular, Riesgo de shock, Termorregulación ineficaz, Dolor agudo, Discomfort y Náuseas. Conclusión: la enfermería busca orientar el cuidado de los pacientes con COVID-19 desde una perspectiva pensamiento crítico, tomando información actualizada sobre la enfermedad y contribuyendo al manejo de la pandemia, tanto para el personal de salud como para los pacientes aspectos físicos, psicológicos y sociales, que impactan la salud y el bienestar de la población.

Ganchozo en 2020 realiza un proceso de atención de enfermería en paciente de 54 años con diagnóstico enfermedad respiratoria aguda (Covid – 19). La metodología de trabajo fue la guía de valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon, se utilizó la NANDA, NIC y NOC. Los diagnósticos enfermeros identificados fueron: patrón respiratorio ineficaz 00032 R/C: Fatiga de los músculos respiratorios E/P: Disnea, ruidos respiratorios, aleteo nasal. Deterioro de intercambio gaseoso R/C: Cambios en la membrana alvéolo capilar E/P: Disminución de la saturación de oxígeno, disnea. Durante la evolución del paciente en estado clínico crítico se presenta diversas alteraciones en sus patrones funcionales, lo cual lleva al



deterioró de salud, en el transcurso de los días se observó una mejoría en su salud, mediante la aplicación de los procesos de atención de enfermería y los protocolos a seguir de esta nueva enfermedad que van encaminada a mejorar su patrón respiratorio en pacientes con Covid 19.

Piña y Preciado en 2020 realizaron un proceso de atención de enfermería en gestante obesa con Covid 19. Esta investigación es analítica y descriptiva, aplicando una revisión selectiva de artículos científicos y un estudio de la historia clínica de pacientes seleccionados para recolectar la información necesaria para esta investigación. Se eligió a una paciente gestante sexo femenino de 29 años de edad hospitalizada en el área de Ginecología del Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollagüe, con diagnóstico de embarazo de 34 semanas de gestación con obesidad y covid-19. Se utilizó guía de valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon, se utilizó la NANDA, NIC y NOC

Los diagnósticos enfermeros identificados fueron:

Deterioro de intercambio de gases Factores relacionados (R/C): cambio de la membrana alveolar- capilar, desequilibrio ventilación- perfusión; Características definatorias (M/P): agitación, aleteo nasal, cianosis, color anormal de la piel, disnea, geometría arterial anormal, hipercapnia, hipotermia, hipoxia, inquietud, irritabilidad, PH arterial anormal, respiración anormal.

Hipertermia Factores relacionados (R/C): deshidratación, enfermedad; Características definatorias (M/P): aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal, calor al tacto, taquicardia, taquipnea.

Síndrome de estrés del traslado Factores relacionados (R/C) : aislamiento, barreras lingüísticas, deterioro de la salud psicosocial, deterioro del estado de salud; Características



definitorias (M/P): expresión creciente de necesidades, preocupación por el traslado, soledad, temor.

Riesgo de infección Factores relacionados (R/C): procedimientos invasivos, defensas primarias inadecuadas, rotura de la piel- colocación de catéter intravenosos, retención de los líquidos corporales, cambio del pH de las secreciones).

Montero en 2020 realizan un proceso de atención de enfermería en paciente de 60 años con neumonía por Covid. Los diagnósticos enfermeros identificados deterioro del intercambio de gases R/C: Neumonía asociada a infección por Covid-19 E/P: Disnea, aleteo nasal, frecuencia respiratoria de 27. Hipertermia R/C: infección E/P: aumento de la temperatura corporal por encima del rango normal. Deterioro de la eliminación urinaria R/C: Sondaje vesical E/P: polaquiuria Conclusión: A través del proceso de atención de enfermería, se pudo demostrar que la correcta valoración aplicada al paciente condujo a unos apropiados diagnósticos de enfermería y posterior a realizar unas adecuadas intervenciones acorde a las necesidades que requirió el individuo a estudio, se puede concluir que enfermeras juegan un papel muy importante en estos pacientes porque tienen que educar y promover el autocuidado, prevenir las complicaciones de esta nueva patología de impacto mundial con el objetivo de contribuir un mejor su estilo de vida en manera favorable.

Toyohama et al 2020 realizaron un estudio aplicación del proceso de atención de enfermería utilizando el lenguaje estandarizado NANDA, NIC, NOC con la COVID-19. Fue un estudio es descriptivo y analítico, los instrumentos que se utilizaron para la recolección de datos fueron: entrevista estructurada según patrones funcionales, valoración física (céfalo-caudal), historia clínica del paciente y reportes de enfermería, obteniendo alteraciones en algunos patrones funcionales del paciente. Resultados: durante las horas de recuperación se



brindó el cuidado individualizado disminuyendo algunos de los problemas evidenciado mejoría tanto física, psicológica y espiritual, además que se necesita ayuda de otros profesionales de la salud para lograr la total recuperación del paciente. Después del análisis de los datos sobre la salud del paciente, se identificaron los siguientes diagnósticos enfermeros prioritarios: Deterioro del intercambio de gases relacionado con cambios de la membrana alveolo capilar y desequilibrio en la ventilación perfusión manifestado por gasometría anormal con hipoxemia severa, respuesta ventilatoria disfuncional al destete del respirador relacionado con limpieza ineficaz de vías aéreas y manifestado por uso intenso de los músculos accesorios de la respiración. Conclusión El proceso de atención de enfermería fue fundamental para actuar e intervenir como profesional de enfermería ya que, se basa en fundamentos científicos, cada intervención que se realizó al paciente, obteniendo una recuperación satisfactoria de la salud cumpliendo objetivos alcanzados.

Fases del proceso enfermero

Valoración

Es el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos de la persona, su familia y entorno. Bajo el prisma del modelo de cuidados adoptado, la enfermera/o recoge y procesa estos datos para convertirlos en información y la organiza en categorías significativas de conocimiento o diagnósticos enfermeros. La valoración siempre está guiada desde el punto de vista de la disciplina enfermera.

Es la primera fase del proceso enfermero y probablemente la más importante, ya que de la recogida de información y del análisis y síntesis de esta se deriva el plan de actuación. Se



puede decir que de una buena valoración dependen unos buenos cuidados, lo que indica claramente la gran importancia de esta primera fase.

La valoración tiene que ser individualizada, ya que cada persona es única, posee unos valores, creencias, una forma de vivir su salud o enfermedad y una manera de responder a esta; debe hacerse en el primer contacto con el paciente y en cada una de las fases del PE, teniendo presente que su situación y sus necesidades pueden ir cambiando.

La valoración es un proceso que se lleva a cabo de forma planificada, sigue una sistemática para su realización, se sigue una metodología y se valora de forma continua durante todo el tiempo que sea preciso por la situación de la persona, es decir, es un proceso continuo. La enfermera, por su parte, precisa de conocimientos y habilidades para ello, así como de una actitud reflexiva y consciente.

La valoración inicial se realiza cuando la persona toma contacto con la enfermera por primera vez y esta necesita conocerla en su conjunto. A partir de ahí se hace una valoración continua durante toda la atención, de forma que se irán adaptando los cuidados a las necesidades y a los cambios de la persona.

La toma de decisiones por parte de la enfermera durante la valoración incluye la recogida de información que realmente es relevante para esa persona, la identificación de datos que van a conducir a la formulación de diagnósticos enfermeros o bien aquellos que lleven a identificar problemas de colaboración y la forma en la que vive su proceso y cómo responde a él.



Como ya se ha dicho, la valoración se hace de una manera sistemática y se inicia con la recogida de datos, el registro de estos y su posterior evaluación.

La recogida de los datos ha de hacerse con una visión holista del individuo, es decir, valorando tanto aspectos biológicos como psicológicos, sociales, espirituales, creencias, valores, aspectos culturales y todos aquellos elementos que forman parte de la persona. No se trata de recoger toda la información, sino únicamente aquella que sea útil y necesaria para conocer su estado de salud, su respuesta ante una enfermedad o cómo vive su proceso.

Otro de los aspectos a tener en cuenta a la hora de recoger los datos es el nivel asistencial, las características y posibilidades de atención que se van a poder ofrecer, con una visión realista.

Diagnóstico

Las enfermeras/os diagnostican respuestas humanas reales o potenciales a problemas de salud/procesos vitales, o la vulnerabilidad hacia esa respuesta. El foco del diagnóstico enfermero son las respuestas humanas, respuestas condicionadas por múltiples factores que pueden ser fisiológicos, otras experiencias de salud o factores genéticos y que a su vez están influenciadas por la cultura, las creencias de la persona, el género, la educación, etc.

En la fase de Diagnóstico, en función de los datos recogidos en la valoración, se procede a su análisis y síntesis, identificando respuestas a los problemas de salud y formulando los diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración. Los diagnósticos enfermeros tratan de delimitar los fenómenos de competencia exclusiva de enfermería porque se refieren a problemas identificados, validados y tratados por enfermeros/as y de los que es responsable de alcanzar los resultados planteados.



Existen diferentes definiciones de lo que es el diagnóstico enfermero. La Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), en 1990, define el diagnóstico enfermero como un “juicio clínico sobre las experiencias/respuestas de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr los resultados de los que la enfermera es responsable” (aprobado en la IX Conferencia de NANDA; corregida en 2009).

Como ya se ha señalado anteriormente, en esta etapa se identifican también los problemas de colaboración, definidos así por Carpenito (1989): “Los problemas de colaboración se refieren a ciertas complicaciones fisiológicas, que controla el personal de enfermería, para detectar su aparición o cambios en su estado. Las enfermeras manejan los problemas en colaboración utilizando intervenciones prescritas por médicos e intervenciones prescritas por el personal de enfermería, para reducir al mínimo las complicaciones de los acontecimientos”.

Planificación

Es la etapa de elaboración de estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, determinar resultados e intervenciones enfermeras, plasmando este plan de actuación de forma escrita en un plan de cuidados.

Fases de la planificación

A la hora de planificar los cuidados se deben llevar a cabo una serie de pasos que garanticen unos cuidados coherentes cuyo centro de atención es la persona.

1. Establecer prioridades



De los problemas identificados rara vez se pueden abordar todos a la vez, por lo que es necesario valorar cuáles de ellos necesitan una atención inmediata y cuáles pueden ser tratados posteriormente. Este proceso de establecimiento de prioridades lo debe hacer la enfermera con el paciente en conjunto, ya que el objetivo es ordenar la provisión de los cuidados enfermeros, de forma que los problemas más importantes o aquellos que amenazan la vida de la persona sean tratados antes que aquellos que son menos críticos. Es importante que el paciente intervenga en este proceso y verbalice sus prioridades, que pueden no coincidir con las prioridades identificadas por la enfermera/o. Asimismo, esta decisión conjunta hace que se establezca un compromiso, haciendo que se sientan implicadas ambas partes, profesional y paciente.

El hecho de establecer prioridades no significa que no se aborde un problema hasta no haber dado por resuelto el anterior, puesto que posiblemente varios de ellos puedan ser abordados de forma simultánea.

Una forma útil para establecer prioridades es hacerlo según el marco conceptual de cuidados elegido para la práctica enfermera. Otra forma podría ser basándose en la teoría de Maslow, donde la enfermera da prioridad en primer lugar a las necesidades fisiológicas, es decir, a aquellos problemas relacionados con la respiración, la circulación, la hidratación, la eliminación o la regulación de la temperatura. Continuando con la jerarquía, a continuación, abordaría aquellos problemas que representan una amenaza para su protección y seguridad; posteriormente lo haría con aquellos que representan una amenaza a su amor y pertenencia. Según esta escala, en último lugar se atenderían los problemas que representan una amenaza para la autoestima y la autorrealización de la persona.



También la enfermera/o tiene que tener la capacidad de decidir qué problemas son responsabilidad suya y cuáles se refieren a otros profesionales, diferenciando el rol autónomo de aquel que es en colaboración.

2. Formulación de resultados

Se formulan aquellos resultados que se esperan de la atención enfermera, lo que se quiere lograr con la persona.

Los resultados se derivan de las características definitorias de los diagnósticos enfermeros y deben estar centrados en el comportamiento de la persona. Estos han de formularse antes de determinar y ejecutar las intervenciones para dirigir estas hacia la consecución de los resultados.

Los resultados enfermeros están clasificados, normalizados y definidos en la NOC (Clasificación de Resultados Enfermeros).

3. Determinación de las intervenciones enfermeras

Las intervenciones enfermeras se dirigen a ayudar a la persona a lograr los resultados de cuidados y parten de los factores relacionados de los diagnósticos enfermeros, buscando eliminar aquellos factores que contribuyen al problema.

Las intervenciones enfermeras están clasificadas, normalizadas y definidas en la Clasificación de Intervenciones Enfermeras NIC



El plan de cuidados es el registro escrito de la sistematización del trabajo mediante la aplicación del proceso enfermero. Es el registro de todo lo planificado y llevado a cabo al paciente y con el paciente y recoge cada una de las fases del proceso de atención de enfermería. Su objetivo es dirigir los cuidados y promover la comunicación entre todas las personas que intervienen en el proceso de cuidados. Como todo registro escrito permite la evaluación y la investigación, es un soporte legal y ofrece datos para la toma de decisiones por parte de los gestores. El paciente/usuario es el centro de los cuidados; esto es algo perfectamente asumido por la enfermería, sin embargo, en la práctica suele ser el profesional el que decide lo que le conviene a la persona a partir de los patrones del profesional, sin tener en cuenta la capacidad de elección y la libertad de la persona/usuario.

Continúa siendo poco frecuente la integración de la familia y de aquellas personas importantes en la planificación de los cuidados.

Conocer sus expectativas, sus recursos, apoyos, conocimientos, creencias, etc., es importante para adecuar y consensuar con él el plan de cuidados, mejorando la satisfacción y el reconocimiento de los usuarios para con la profesión enfermera.

Tipos de planes de cuidados

Los planes de cuidados pueden ser individualizados, estandarizados o estandarizados con posibilidad de individualización.

1. Plan de cuidados individualizado

Es aquel que la enfermera/o realiza para un paciente determinado. Tras una valoración individualizada y detallada de la persona, se identifican los diagnósticos enfermeros presentes o de riesgo y de acuerdo con ellos se planifican los cuidados.



Dada la importante carga asistencial que actualmente tiene el personal enfermero, se plantea difícil la planificación de los cuidados individualizados a cada uno de los pacientes de los que cada enfermera/o es responsable en su turno de trabajo.

2. La estandarización

Parece que se aparta de la idea holista de los cuidados de enfermería, ya que pauta cuidados homogéneos para todas las personas. Sin embargo, la estandarización tiene importantes ventajas. Facilita la realización del plan de cuidados, porque un plan de cuidados estandarizado lleva ya incluidos todos aquellos datos y acciones que se repiten de forma casi invariable en los pacientes con un determinado problema.

Es un elemento importante de ayuda para aquellas enfermeras noveles que pueden olvidar la inclusión en un plan de cuidados de decisiones o acciones importantes y ayuda a la toma de decisiones. Igualmente, garantizan una provisión homogénea de los cuidados sin caer en el gran problema de la variabilidad de la asistencia.

3. Plan de cuidados estandarizado abierto a la individualización:

Se considera como idóneo el plan de cuidados estandarizado abierto a la individualización. Estos planes de cuidados recogen aquellos cuidados que se prevén para una situación específica, dejando abiertas opciones para la individualización tanto de los diagnósticos enfermeros, como de resultados e intervenciones enfermeras.

Ejecución

Es el momento de la puesta en práctica de los cuidados planificados, revalorando a la persona y evaluando su respuesta. Es la operacionalización del planteamiento de los cuidados enfermeros.



En esta etapa se valida el plan de cuidados, se documentan todos los cuidados, se suministran los mismos y se continúa con la recogida de datos de la persona manteniendo el plan siempre actualizado.

Validación del plan de cuidados

Se determina si los resultados y las actividades son adecuados según la situación actual de la persona y la enfermera reflexiona sobre sus capacidades, conocimientos y habilidades para llevarlas a cabo.

Dada la organización del trabajo de las enfermeras/os en diferentes turnos de trabajo, habitualmente se inicia el cuidado de la persona después de que otro compañero haya llevado a cabo una planificación de los cuidados y haya empezado con la ejecución, por lo que el informe tanto oral como escrito es primordial para la organización del trabajo y la continuidad de los cuidados.

A continuación, la enfermera/o debe revalorar a los pacientes y marcarse prioridades aplicando los mismos principios que en la planificación.

Realización de actividades implicando a la persona y la familia

Se llevan a cabo las actividades prescritas en el plan de cuidados valorando a la persona de forma continua y antes y después de la provisión de los cuidados, explicándole siempre qué se le va a hacer, por qué, de qué forma puede colaborar, qué sentirá y dejándole tiempo para que pregunte todo aquello que desee y pueda expresar sus temores, sugerencias o preocupaciones.



Antes de llevar a cabo cualquier intervención hay que cerciorarse de que se conocen las razones y principios para ese tratamiento, así como decidir si las intervenciones aún son apropiadas. Si no se obtiene la respuesta deseada, hay que empezar a formularse preguntas para averiguar qué va mal antes de continuar y llevar a cabo los cambios oportunos.

Registro de los cuidados en la documentación enfermera diseñada a tal efecto

Llevados a cabo los cuidados enfermeros, lo siguiente que se debe tener en cuenta es registrar las valoraciones, las intervenciones y las respuestas. Los registros sirven para comunicar a otros profesionales qué es lo que se ha hecho y cómo está evolucionando el usuario, ayudan a identificar patrones de respuesta y cambios en la situación de la persona.

Los registros son la base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad, por lo que se hace tan importante la informatización de los registros de la gestión de cuidados que permite el posterior análisis de los datos obtenidos. Legalmente son el respaldo de los profesionales, siendo la mejor defensa de que realmente se observó e hizo algo el hecho de que todo ello está registrado.

Evaluación

Se trata de comprobar la eficacia del plan de cuidados, el grado de consecución de los resultados planteados y de acuerdo con ello, realizar los cambios oportunos. La evaluación se hace a tres niveles: por una parte, se evalúa el logro de resultados, por otra se evalúa el plan de cuidados y, en tercer lugar, también la satisfacción de la persona.



Evaluación de resultados

Es el momento de evaluar el grado de consecución de los resultados planteados con el paciente, ver si se han logrado o hasta dónde se ha logrado. Puede ser que el resultado planteado no haya llegado a conseguirse hasta el nivel planteado, por lo que es importante dejar constancia de esto en el registro del plan de cuidados de forma que los cuidados continúen en la misma línea en el siguiente nivel de asistencia, logrando que la coordinación de los mismos sea una realidad.

Evaluación del plan de cuidados

De acuerdo con el registro de todo lo planificado y llevado a cabo al paciente y con el paciente en cada una de las fases del proceso de atención enfermera y con la evaluación previa de los resultados, es el momento de cambiar o eliminar diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones enfermeras.

Esto debe hacerse de forma continua a lo largo de todo el proceso de cuidados de la persona, de modo que se va adecuando la planificación de los cuidados a las necesidades de la persona y a los resultados obtenidos con la provisión de los cuidados.

Hay que tener siempre presente que las prioridades pueden haber variado en su orden, puede haber surgido un nuevo problema o que el mismo se haya resuelto. En ocasiones el resultado planteado se ha logrado y, sin embargo, el problema persiste, lo que precisa de una reformulación de resultados o del planteamiento de si realmente el diagnóstico enfermero es válido para la situación de la persona.



Si el problema persiste y el resultado tampoco se ha alcanzado, habría que plantearse las siguientes cuestiones: si realmente es válido el diagnóstico enfermero, si el resultado planteado era el oportuno o si las intervenciones ejecutadas son las más apropiadas o se han realizado de forma correcta o incorrecta. También hay que plantearse si el resultado planteado era realista para la situación de la persona y sus capacidades o para los recursos con los que cuenta.

Igualmente, se hará la evaluación del plan de cuidados al finalizar el episodio de esa persona.

El plan de cuidados, por tanto, es un registro vivo que precisa de la toma de decisiones del profesional de enfermería.

Satisfacción de la persona

Es otro de los aspectos fundamentales que hay que evaluar en la provisión de los cuidados, ya que el centro de estos es la persona.

No siempre en la percepción de unos buenos cuidados o de unos buenos resultados coinciden las opiniones del paciente y del profesional, porque cada uno puede tener diferentes expectativas.



6. MATERIAL Y MÉTODOS

En este capítulo se describe el diseño de investigación elegido, el tipo de estudio, la población, muestra y muestreo; se especificarán los criterios de selección y de exclusión de los participantes, al igual se describe el procedimiento para la recolección de datos, como el instrumento de medición, y como se abordarán los análisis estadísticos, por último, las consideraciones éticas que rigen esta investigación.

6.1. Tipo de Estudio.

Fue un estudio de tipo exploratorio, descriptivo, se pretende conocer el fenómeno de interés, sin manipulación del problema, solo describirlo y conocerlo, igualmente será retrospectivo ya que los datos se tomarán de los registros clínicos de enfermería de pacientes diagnosticados con COVID-19 (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). El propósito del estudio es describir los diagnósticos enfermeros más frecuentes en estos pacientes.

6.2. Población, Muestra y Muestreo.

La población de estudio fueron los pacientes pediátricos confirmados con COVID-19 que fueron atendidos en el Hospital del Niño “Dr. Rodolfo Nieto Padrón” durante los meses marzo-diciembre 2020. La Muestra quedara integrada con un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%. El muestreo será no probabilístico a conveniencia por el interés del investigador.



6.3. Criterios de Inclusión

Paciente menor de 15 años hospitalizado con diagnóstico confirmado de COVID-19

Registros clínicos de enfermería completos tanto de pacientes recuperados como pacientes fallecidos.

6.4. Criterios de Exclusión

Pacientes sospechosos de COVID-19

Registros clínicos de enfermería incompletos

6.5. Instrumentos

Se realizó una cedula de datos sociodemográficos y clínicos del paciente, donde se aborden datos como la edad, sexo, diagnóstico, tiempo de estancia hospitalaria, si tiene apoyo ventilatorio y cual (Apéndice B).

El instrumento de recolección de información fue elaborado por los investigadores con el fin de identificar los diferentes diagnósticos enfermeros, anotando de cada paciente que tipo de diagnóstico enfocados en el problema, de riesgo y de promoción a la salud; al igual con qué frecuencia fue utilizado en estos pacientes.

6.6. Recolección de Datos.

El proyecto fue aprobado por el comité de ética de posgrado, se gestionarán los permisos necesarios para recolectar la información en la institución de interés que atiende pacientes pediátricos con COVID-19, que permitan tener acceso a los registros clínicos de enfermería de estos pacientes, los datos serán recolectados de manera confidencial y



guardando la integridad de los pacientes. La recolección de la información se realizó en el periodo de marzo-abril del 2021 en un horario de 8:00 am a 12:00 pm de lunes a viernes.

6.7. Consideraciones Éticas.

Esta investigación se basó en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, los artículos que se toman para esta investigación pertenecen al Título Segundo, Capítulo I Artículo 13 toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, Artículo 14 fracción I, II, IV, V; establece que la Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a lo establecido en la fracción I, la cual dice que deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica. En la fracción II se instituye que deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo, así también en la fracción III, se señala que deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles. En la fracción IV se estipula que contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables. En el artículo 15 se señala que cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los



participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

El Artículo 16 se establece que en investigaciones con seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. Este artículo señala que se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Esta investigación se considera sin riesgo.

6.8. Análisis de los Datos

Los datos fueron procesados y analizados por medio del paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 22. Los análisis fueron descriptivos por medio de la estadística descriptiva, utilizando tablas de frecuencia y porcentajes, gráficas, incluyendo medidas de tendencia central.

6.9. Administración de la Investigación.

En la realización de este proyecto de investigación fueron necesario los recursos materiales, humanos que es la estudiante de la Especialidad en Enfermería Pediátrica Tania Itzel Caro Sarao, con la DCE. María Asunción Vicente Ruíz, los recursos financieros necesarios que serán propiamente cubierto por la investigadora principal. Los egresos de recursos serán en material como son papelería, equipo de cómputo, transporte, impresiones y copias de los instrumentos.



7. RESULTADOS

En este capítulo se reportan los análisis estadísticos sobre las características sociodemográficas y clínicas de los participantes del estudio, el análisis estadístico descriptivo de las variables.

Para darle respuesta al objetivo uno, se describen las variables sociodemográficas y clínicas de los participantes del estudio. Del total de la muestra estudiada 21, la edad más frecuente fue de usuarios menores de un año con el 57.14% ($n=12$); con respecto al género fueron proporcional el 52.38 % ($n=11$) son femeninos; Ver tabla 1.

Tabla 1

Características Sociodemográficas de los participantes

VARIABLES de estudio	Características	<i>f</i>	%
Sexo	Hombre	10	47.67
	Mujer	11	52.38
Edad	Menores de 1 año	12	57.14
	De 1 a 5 años	6	28.57
	De 6 a 10 años	1	4.76
	De 11 a 15 años	2	9.5
		<i>N=42</i>	<i>100%</i>

Nota: Cédula de datos sociodemográficos, *f*= Frecuencia, % = Porcentaje; ($n=21$)



En la tabla número dos se describen los datos clínicos de los usuarios el 80% no tienen apoyo ventilatorio y sedación.

Tabla 2

Características clínicas de los participantes

VARIABLES DE ESTUDIO	CARACTERÍSTICAS	f	%
Sedación	No	17	80.95
	Si	4	19.04
Apoyo Ventilatorio	No	17	80.95
	Si	4	19.04
		N= 42	100%

Nota: Cédula de datos sociodemográficos, f= Frecuencia, %= Porcentaje; (n=21)

El tipo de apoyo ventilatorio que tienen los usuarios el 19.04% (n=4) tienen ventilación mecánica invasiva y el mismo porcentaje tienen oxigenoterapia, Ver tabla 3.

Tabla 3

Características clínicas de los participantes

VARIABLES DE ESTUDIO	f	%	
Ninguno	13	61.90	
Ventilación mecánica	4	19.04	
Mascarilla con bolsa reservorio	3	14.28	
Puntas nasales	1	4.76	
		N=21	100%

Nota: Cédula de datos sociodemográficos, f= Frecuencia, %= Porcentaje; (n=21)



En el promedio de días de estancia hospitalaria fue de 11, con un mínimo de 3 y un máximo de 19.

Tabla 4

Estadística Descriptiva de los datos Sociodemográficos

Variable	Media	Mediana	DE	Mínimo	Máximo
Edad	11.10	10	4.07	3	19

Nota: Cédula de datos Sociodemográficos y Clínicos, *DE*= Desviación Estándar; (*n*=21)

En la tabla 5 se presenta los diagnósticos de ingreso del usuario en conjunto con SARS-COV2.

Tabla 5

Diagnósticos medico de ingreso de los participantes

Variabes de estudio	<i>f</i>	%
SARS-COV2	13	61.90
SARS-COV2/Angina de Ludwig	1	4.76
SARS-COV2/Asfixia Perinatal	1	4.76
SARS-COV2/Crisis Convulsiva	1	4.76
SARS-COV2/Desnutrición Moderada	1	4.76
SARS-COV2/Fibrosis quística	1	4.76
SARS-COV2/LLA	1	4.76
SARS-COV2/Sx Febril	1	4.76
SARS-COV2/Gastroenteritis	1	4.76
21	100%	

Nota: Cédula de datos sociodemográficos, *f*= Frecuencia, %= Porcentaje; (*n*=21)



Para dar respuesta a los diagnóstico más frecuentes de enfermería del objetivo número 2 se encontró con más frecuencia fue el de riesgo de caídas con un 95.2%, Ver tabla 5.

Tabla 5
Diagnósticos de ingreso de los participantes

Diagnósticos	<i>f</i>	%
Riesgo de caídas	20	95.23
Discomfort	14	66.66
Patrón Respiratorio Ineficaz	14	66.66
Riesgo de Infección	10	47.61
Riesgo de Aspiración	8	38.09
Interrupción de la Lactancia Materna	7	33.33
Ansiedad	6	28.57
Deterioro de la Integridad Cutánea	6	28.57
Deterioro del Intercambio de Gases	6	28.57
Temor	6	28.57
Disposición para Mejorar la Autogestión de la Salud	6	28.57
Limpieza Ineficaz de las Vías Aéreas	5	23.80
Protección Ineficaz	5	23.80
Termorregulación Ineficaz	5	23.80
Dolor Agudo	4	19.04
Hipertermia	4	19.04
Motilidad Gastrointestinal Disfuncional	4	19.04

Nota: f= Frecuencia, %= Porcentaje; (n=21)

Continua.....



Tabla 5

Diagnósticos de ingreso de los participantes

Diagnósticos	<i>f</i>	%
Riesgo de Lesión	4	19.04
Afrontamiento Ineficaz	3	14.28
Hipotermia	3	14.28
Patrón de Alimentación Ineficaz	2	9.52
Termorregulación Ineficaz	2	9.52
Limpieza Ineficaz de Las Vías Aéreas	2	9.52
Patrón de Alimentación Ineficaz al Lactante	2	9.52
Protección Ineficaz	2	9.52
Riesgo de Ulceras por Presión	2	9.52
Riesgo de Crecimiento Desproporcionado	1	4.76
Riesgo de Nivel de Glicemia Inestable	1	4.76
Déficit de Volumen de Líquidos	1	4.76
Desequilibrio Nutricional	1	4.76
Deterioro de la Deglución	1	4.76
Diarrea	1	4.76
Disminución de la Capacidad Intracraneal	1	4.76
Lactancia Materna Ineficaz	1	4.76
Riesgo de Retraso en el Desarrollo	1	4.76
Riesgo de Sangrado	1	4.76

Nota: f= Frecuencia, %= Porcentaje; (n=21)



El tipo de diagnóstico encontrado con mayor cantidad fue enfocado en el problema con el 67.4%, Ver tabla 6.

Tabla 6

Clasificación de los diagnósticos de enfermería

	<i>f</i>	<i>%</i>
Enfocado en el problema	110	67.48
Riesgo	48	29.44
Promoción de la salud	5	3.06

Nota: Cédula de datos sociodemográficos, *f*= Frecuencia, *%*= Porcentaje; (*n*=21)



8. DISCUSIÓN

En la muestra estudiada se encontró que la mitad de la muestra de niños hospitalizados por diagnóstico médico de Covid-19 eran menores de un año, la mitad de sexo femenino y masculino.

Una cuarta parte de la muestra tenían soporte ventilatorio, unos de cada diez tenían oxigenoterapia, más del 60% tenían diagnóstico confirmado de COVID 19 similar a lo reportado por Jiménez et al en 2021, donde el 50% tenían intubación mecánica invasiva.

Los diagnósticos de enfermería más frecuentes fueron riesgo de caídas con más del 95%, dos tercios de la muestra presentaron tanto discomfort como patrón respiratorio ineficaz. Un tercio de los niños mostraron riesgo de infección, riesgo de aspiración, interrupción de la lactancia materna respectivamente.

Una quinta parte de los pacientes pediátricos presentaron ansiedad, deterioro de la integridad cutánea, deterioro del intercambio de gases, temor, disposición para mejorar la autogestión de la salud, limpieza ineficaz de las vías aéreas, protección ineficaz, y termorregulación ineficaz.

La clasificación de los diagnósticos de enfermería permite identificar que dos tercios de los diagnósticos enfermeros reportados en niños hospitalizados fueron: enfocados en el problema 67.48%, de riesgo 24.44% y 3.06% de promoción de la salud.

Similares a lo reportado por Ganchozo en 2020 donde los diagnósticos enfermeros identificados fueron: patrón respiratorio ineficaz R/C: Fatiga de los músculos respiratorios E/P: Disnea, ruidos respiratorios, aliento nasal. Deterioro de intercambio gaseoso R/C: Cambios en la membrana alvéolo capilar E/P: Disminución de la saturación de oxígeno, disnea.



Debido a la escasa literatura publicada sobre el tema se compara con investigaciones realizadas en adultos con COVID-19, Montero en 2020 reporta que los diagnósticos enfermeros identificados fueron deterioro del intercambio de gases R/C: Neumonía asociada a infección por Covid-19 E/P: Disnea, aleteo nasal, frecuencia respiratoria aumentada. Hipertermia R/C: infección E/P: aumento de la temperatura corporal. Deterioro de la eliminación urinaria R/C: Sondaje vesical E/P: polaquiuria.

Difiere en cuanto a los diagnósticos de enfermería reportados por Toyohama et al 2020 los diagnósticos encontrados fueron deterioro del intercambio de gases relacionado con cambios de la membrana alveolo capilar y desequilibrio en la ventilación perfusión manifestado por gasometría anormal con hipoxemia severa, respuesta ventilatoria disfuncional al destete del respirador relacionado con limpieza ineficaz de vías aéreas y manifestado por uso intenso de los músculos accesorios de la respiración.

La atención de enfermería está enfocada en la aplicación del proceso de atención de enfermería como método científico de esta ciencia del cuidado para garantizar la atención integral de estos pacientes. La severidad de la enfermedad por COVID-19 en edad pediátrica es mucho menos frecuente que en la población adulta, cuando presentan comorbilidades en su mayoría son congénitas.



9. CONCLUSIONES

En el presente estudio se encontró que el 67% de los diagnósticos utilizados fueron enfocados en el problema; el 29% de los diagnósticos fueron enfocados en diagnósticos de riesgo y el restante con un 3% fueron diagnósticos enfocados en promoción de la salud.

La realización de la valoración nos brinda un panorama profundo sobre las alteraciones existentes en los patrones funcionales lo que nos proporciona la suficiente información para la elaboración de diagnósticos dirigidos principalmente a proporcionar cuidados adecuados a las necesidades que se manifiestan durante el curso de la enfermedad y ayuden a disminuir los efectos negativos de la misma. De igual manera se debe mencionar que por ser un método sistemático permite categorizar los problemas dando prioridad a los que ponen en peligro el bienestar del ser humano.

Los diagnósticos de enfermería nos retan a evolucionar y mejorar en cada momento nuestras acciones, haciéndonos ver que no todas las personas son iguales por lo que se brinda una atención integral e individualizada, también nos permite reflexionar sobre las posibles intervenciones que se realizaran y como cambiarlas en relación con las necesidades del paciente.

Principales diagnósticos más utilizados

Diagnósticos de riesgo; riesgo de caídas, riesgo de infección, riesgo de aspiración.

Diagnósticos enfocados en el problema; Discomfort, patrón respiratorio ineficaz, interrupción de la lactancia materna.

Diagnósticos de promoción de la salud; disposición para mejorar la autogestión de la salud



10.PERSPECTIVAS

El fenómeno del Covid 19 no afecta del todo al sistema respiratorio, es el mal manejo el que hace los cambios patológicos los que llevan a las complicaciones y a la larga un síndrome inflamatorio multisistémico por no tratarse a tiempo y puede traer importantes compromisos.

La elaboración de los diagnósticos de enfermería contribuye de gran manera a la práctica profesional del especialista en pediatría , ya que permite reconocer en el niño su concepción holística , otorgando así cuidados tendientes a satisfacer las necesidades básicas de mantenimiento y conservación de la vida pero respetando los valores culturales e ideologías que su medio representa , también se fundamenta los cuidados de enfermería en conocimientos científicos , técnicos y éticos actualizados , lo que nos motiva a mantener una actualización constante en el ámbito académico .

Los diagnósticos enfermeros en esta nueva enfermedad no solo deben centrarse en la salud física sino también en la mental, ya que se encuentran aislados de todo y eso también afecta anímicamente en su salud, por eso el cuidado debe ser desde una perspectiva humanística cuyo fin sea fomentar el bienestar físico y mental de las personas en especial los pacientes pediátricos.



11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Actualización en Enfermería. (2020). Temas de Enfermería. España. Disponible

<https://enfermeriaactual.com/diagnosticos/>

Álvarez, J. P., Bernucci, F., Carrasco, E., Egaña, J. I., Lacassie, H., & Merino, W. (2020).

Recomendaciones para el manejo de pacientes con COVID19 en el perioperatorio. *Rev Chil Anest*, 49, 196-202. Disponible en

<http://revistachilenedeanestesia.cl/PII/revchilanstv49n02.03.pdf>

Carrillo-Esper, R., & de Jesús Sánchez-Zúñiga, M. (2020). Coronavirus-2019.

Consideraciones Generales. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 43(2), 83-91.

Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2020/cma202c.pdf>

Colegio Mexicano de Medicina Crítica. (2020). Guía COVID-19 para la atención del paciente crítico con infección por SARS-CoV-2. *Medicina Crítica*, 34(1), 7-42. Disponible en

<https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2020/ti201b.pdf>

Dantas, T. P., de Aguiar, C. A. D. S., Rodrigues, V. R. T., da Silva, R. R. G., da Silva, M. I.

C., Sampaio, L. R. L., & Pinheiro, W. R. (2020). Diagnósticos de enfermagem para pacientes con COVID-19/Nursing diagnoses for patients with COVID-19/Diagnostico de enfermagem para pacientes con COVID-19. *Journal Health NPEPS*, 5(1), 396-416.

<https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4575>

[Diccionario de la lengua española. 10 ed. Real Academia Española Madrid: Calpe E; 2010; p. 1706](#)

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2018). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

Presentación de Resultados. Disponible en <http://ensanut.insp.mx>



- Ganchozo García, P. T. (2020). *Proceso de atención de enfermería en paciente de 54 años con diagnóstico enfermedad respiratoria aguda por Covid-19* (Tesis de Licenciatura Universidad Técnica de Babahoyo). Disponible <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8518/E-UTB-FCS-ENF-000322.pdf?sequence=1>
- González-Salcedo, P., & Chaves, A.M. (2009). Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 11(2),47-76. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1452/145220480004>
- Guía Rápida para la Atención Hospitalaria de la Infección SARS-CoV-2 en Pediatría. (2020).
- Hernández S., Fernández C., Baptista L. (2014). Metodología de la investigación. (6ª ed.). México: McGraw-Hill-Interamericana.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2019). NANDA International, Inc: diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación: 2018-2020. (11ª ed.). Elsevier España.
- Marriner TA. (1983). El proceso de atención de enfermería: un enfoque científico. México: Manual Moderno.
- Montero Velásquez, J. D. (2020). *Proceso de atención de enfermería en paciente de 60 años con neumonía por Covid* (Tesis de Licenciatura Universidad Técnica de Babahoyo). Disponible <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8605/E-UTB-FCS-ENF-000356.pdf?sequence=1>
- Montaño-Luna, V. E., Pacheco-Rosas, D. O., Vázquez-Rosales, J. G., Labra-Zamora, M. G., Fuentes-Pacheco, Y., Sámano-Aviña, M., & Miranda-Novalesb, M. G. (2020). Manejo clínico de casos pediátricos de COVID-19. *Rev Med IMSS*. <https://www.sme.org.mx/wp-content/uploads/2020/11/3736.pdf>



- Organización Mundial de la Salud. (2020). Temas de salud Enfermería. Disponible en <https://www.who.int/topics/nursing/es/>
- Organización Mundial de la Salud. 2020. Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19). Disponible en <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.
- Organización Mundial de la Salud. 2020. Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). Disponible en <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
- Piña Orozco, A. V., & Preciado Vargas, E. J. (2020). *Proceso de atención de enfermería en gestante obesa con Covid 19* (Tesis de Licenciatura. Machala: Universidad Técnica de Machala). Disponible en http://186.3.32.121/bitstream/48000/15795/1/T-4108_PI%C3%91A%20OROZCO%20ADRIANA%20VALERIA.pdf
- Ramallo-Neto, J.M., Pietro, V.A., Andrezza, F., Serpa, P., Alves, F., & Nóbrega, M. (2020). Nursing diagnosis/outcomes and interventions for critically ill patients affected by covid-19 and sepsis. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 29. Disponible en <https://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0160>
- Rodríguez-Acelas A.L., Yampuezán, G., Cañon-Montañez, W. (2021). Correlación entre diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería en el cuidado al paciente hospitalizado por COVID-19. *Revista Cuidarte*; 12(1). Disponible en <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1944>
- Secretaría de Salud de Tabasco. Semáforos de Caos. Disponible en <https://covid19.saludtab.gob.mx/>.



- Secretaría de Salud. (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. México: Diario Oficial de la Federación Última reforma 2-04-2014. 19. Secretaría de salud.
- Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes (SIPINNA). (2021). Informe Avance Acciones Indispensables atención y protección de niñas, niños y adolescentes en contexto COVID 19. <https://www.gob.mx/sipinna>
- Soriano-Martínez, J. N., & Correa-Flores, M. Á. (2020). Guía de manejo de pacientes pediátricos graves con COVID-19. *Medicina Interna de México*, 36(S2), 86-92. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2020/mims202u.pdf>
- Suasnabar-Dávila, J. A. (2018). *Factores asociados a prolongación de estancia hospitalaria en pacientes postoperados en el servicio de cirugía de la Clínica Good Hope, en el año 2016*. (Tesis de Licenciatura, Universidad Ricardo Palma, Lima Perú). Disponible en <http://repositorio.urp.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/URP/1257/162%20SUASNABAR%20D%C3%81VILA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Toyohama-Pocco, G. T., Orihuela, M. D., Cabrejos, A. E. A., & Becerra, J. M. (2020). Aplicación del proceso de atención de enfermería utilizando el lenguaje estandarizado NANDA, NIC, NOC CON LA COVID-19. *INTENSIVOS*, 13(3). Disponible <http://sopemi.org.pe/revistaintensivos/index.php/intensivos/article/view/104/96>



12.ANEXOS

Apéndice A. Cedula de Datos Sociodemográficos

Edad _____ Sexo _____ Diagnostico _____

Días de Estancia Hospitalaria _____

Sedación _____

Apoyo Ventilatorio _____ Cual _____

Apéndice B. Instrumento de Medición

No	Codigo	Diagnostico	Tipo de diagnostico			Frecuencias		
			Real	De Riesgo	Promoción a la salud	Regular	casi siempre	siempre

Apéndice C. Cronograma de Actividades

Actividades/Meses	Octubre 2020	Noviembre 2020	Diciembre 2020	Enero 2021
Elección del tema. Búsqueda de artículos. Revisión de artículos. Selección del título.				
Elaboración del planteamiento del problema. Obtención de la pregunta de investigación. Realización del marco Teórico y definición del término.				
Selección de la población. Búsqueda de los instrumentos de medición.				



Seleccionar la muestra.				
Elegir los criterios de inclusión y exclusión. Describir cómo será la recolección y análisis de dato. Describir las consideraciones éticas, elaborar el plan financiero y cronograma de actividades.				

Apéndice D. Cuadro de operacionalización de variables

Variable	Tipo	Definición teórica o conceptual (autor y año)	Definición operativa (nombre del instrumento o escala, autor y año)	Escala de medición
Género	Cualitativa	Conjunto, grupo con características comunes (diccionario de la lengua española, 2005).	Cédula de datos sociodemográficos	1. Masculino 2. Femenino Nominal
Edad	Cuantitativa	Tiempo de existencia desde el nacimiento (diccionario de la lengua española, 2005).	Cédula de datos sociodemográficos	Discreta
Estancia Hospitalaria	Cuantitativa	Prolongación del tiempo de estadía en hospitalización mayor	Cédula de datos sociodemográficos	Discreta



		o igual a 9 días, contado desde el día ingreso hasta el día en el cual el paciente es dado de alta del servicio (Suasnabar, 2018).		
Diagnósticos enfermeros	Cuantitativa	Un diagnóstico enfermero puede focalizarse en un problema, un estado de promoción de la salud o en un riesgo potencial (Herdman y Kamitsuru, 2019).	Instrumento de Medición	Discreta