



Artículo original

Challenges for nursing care in the face of COVID-19 at the General Hospital Dr. Manuel Gea González, in México

Desafíos en el cuidado de enfermería ante la COVID-19, en el Hospital General Dr. Manuel Gea González, en México

Wendy Melina Suasto Gómez¹  0000-0002-4949-6460, Lasty Balseiro Almario²  0000-0002-3484-432X, María Adriana Chaparro Sánchez³  0000-0002-0559-4202, Yohyotzin Edgar Tapia Juárez⁴  0000-0002-9121-0083, Irma Jiménez Escobar⁵  0000-0002-5227-0825, Marivel Morales Landa⁶  0000-0001-8395-5344, Leticia Guerra Ortiz⁷  0000-0003-4225-5776, Vianey Benítez-Martínez  0000-000-5201-0479, Lilia Mares-Martínez  0000-0001-7825-5837, Nayelli Aguilera-Padilla  0000-0002-6407-5787, Ana Yancy López-Romero  0000-00023908-186X

Abstract

Introduction: on December 12th, 2019, Wuhan Municipal Health Commission, in the People's Republic of China, reported 27 human cases of a viral pneumonia. Its etiology was a novel human pathogen with high zoonotic potential known as coronavirus disease 2019 (COVID-19), which was caused by the SARS-CoV-2 virus. It is of utmost priority for nurses to care for their COVID-19 patients using all the available nursing technology, but also to use Specific Personal Protective Measures to prevent the spread of the disease between health workers.

Objective: to analyze the challenges for patient nursing care in the face of COVID-19, at the General Hospital Dr. Manuel Gea Gonzalez, in Mexico City.

Material and methods: ninety-three documents were reviewed, all from prestigious databases. Thirty were selected for an in-depth analysis to explore the challenges faced by nurses when caring for COVID-19 patients in a General Hospital for highly specialized care in Mexico City. The universe was the Nursing staff and interns from all the hospital services. The population is only the Nursing staff and interns who care for COVID-19 patients. The sample is the Nursing staff and interns who care for COVID-19 patients. Data collection was carried out via interviews. Nurse managers interviewed the hospital nursing staff and interns in selected services using cluster sampling.

Conclusions: in the field of nursing, the challenges described have been the best way to provide patient care and save lives.

Keywords: care, COVID-19, challenges, hospital.

Citación: Suasto-Gómez W., Balseiro-Almario L., Chaparro-Sánchez M., Tapia-Juárez Y., Jiménez-Escobar I., Morales-Landa., Guerra-Ortiz L., Benítez-Martínez V., Mares Martínez L., Aguilera – Padilla N., López Romero A.Y. Desafíos en el cuidado de enfermería ante la COVID-19, en el Hospital General Dr. Manuel Gea González, en México. Rev Enferm Neurol. 2021;20(1): pp. 22-32.

Correspondencia:
Mtra. Wendy Melina Suasto Gómez
Subdirectora de Enfermería del Hospital General
Dr. Manuel Gea González
Email: wendy_suasto@hotmail.com

Grupo de Investigación práctica de enfermería ante la COVID-19 del Hospital General Dr. Manuel Gea González

Recibido: 27 noviembre 2020
Aceptado: 4 enero 2021



Resumen

El 12 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud de Wuhan, en la República Popular de China, hizo público un reporte de 27 casos humanos quienes cursaron con una neumonía viral, la cual tenía como etiología un nuevo patógeno humano con alta capacidad zoonótica, conocido como enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) causada por el virus SARS-CoV-2. Resulta primordial para los profesionales de enfermería no solo atender a los pacientes con COVID-19 con toda la tecnología de enfermería para su cuidado, sino también contar con las medidas de protección personal específicas para evitar el contagio en todos los trabajadores al servicio de la salud.

Objetivo: analizar los desafíos en el cuidado de enfermería a los pacientes, ante la COVID-19 en el Hospital General Dr. Manuel Gea González, en la Ciudad de México. Entre ellos: la reconversión del hospital, capacitación, utilización de equipos de protección personal, el alto riesgo de infección en el cuidado y la prevención de lesiones por presión.

Material y métodos: revisión de 93 documentos en las bases de datos prestigiadas de las cuales se analizaron a profundidad 30 para explorar los desafíos a los que los profesionales de enfermería se enfrentan en el cuidado a los pacientes con COVID-19, en un Hospital General de Alta Especialidad en la Ciudad de México. El universo fue el personal de enfermería y pasantes de todos los servicios del hospital, la población sólo el personal de enfermería y pasantes que atienden pacientes COVID. La recolección de datos se llevó a cabo mediante entrevistas que realizaron las supervisoras, al personal y pasantes de enfermería del hospital en los servicios seleccionados, mediante un muestreo aleatorio por conglomerado.

Conclusión: en el campo de la enfermería, los desafíos señalados han sido la mejor forma de brindar el cuidado a los pacientes, para salvar vidas.

Palabras clave: cuidados, COVID-19, desafíos, hospital.

Introducción

Para Canova B. y Salvador S.¹ los coronavirus fueron descritos por primera vez por Tyrell y Bynoe en 1966 quienes cultivaron los virus de pacientes con resfriado común. Según su morfología, se visualizan como viriones esféricos con un núcleo central y proyecciones de superficie que se asemejan a una corona solar, razón por la cual se denominaron coronavirus (del latín corona). Ahora, para Calvo RC.² al igual que otros de la familia de los coronavirus, este virus causa diversas manifestaciones clínicas englobadas bajo el término COVID-19, que incluyen cuadros respiratorios que varían desde el

resfriado común, hasta cuadros de neumonía grave con síndrome de distrés respiratorio, shock séptico y falla multiorgánica.

Desde diciembre del 2019, se reportaron una serie de casos de neumonía en la provincia de Wuhan, en China. Más adelante, el 12 de enero 2020, el virus es nombrado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como 2019-nCov y el 30 de enero este organismo, ya anunciaba la infección por el 2019-nCov como una pandemia y lo declaraba enfermedad de interés en materia de salud internacional.

¿Por qué se llama coronavirus? Según Aragón R. et. al.,³ se denominan coronavirus por la apariencia que dan bajo el microscopio electrónico parecido a una corona. Son virus envueltos, con un diámetro aproximado de 125 nm genoma ARN de cadena simple, sentido positivo. Se considera el genoma más grande de los virus ARN con un tamaño de 26-32 kilobases, que codifica cuatro proteínas estructurales que incluye glicoproteína espiga (S), envoltura (E), membrana (M) y nucleocápside (N) y otras 16 proteínas no estructurales que participan en la transcripción y replicación viral como es la helicasa y la ARN polimerasa dependiente de ARN. Sobre la base de secuencias genéticas se sabe que todos los coronavirus humanos quizás tienen un ancestro común, usan reservorios naturales o intermediarios en animales y tienen la capacidad de cruzar la barrera entre especies. De igual forma, para Serra MA.⁴ los coronavirus se han aislado también de diferentes animales y aves, en sus respectivas especies, causando una gran variedad de enfermedades respiratorias, gastrointestinales, neurológicas y sistémicas, para después ser detectadas en humanos. Desde mediados de los 60s del siglo XX, se identifican los coronavirus humanos, CoVH-229E y CoVH-OC43; se han asociado con el resfriado común y se consideraban patógenos respiratorios relativamente benignos.

Mecanismo de transmisión. Paciel D. et. al.,⁵ mencionan que el mecanismo de transmisión es a través de gotitas de flügge y por contacto desde una persona sintomática o desde superficies contaminadas por el virus. En procedimientos médicos donde se generan aerosoles de partículas respiratorias, la transmisión puede ser aérea. El periodo de incubación para la mayoría de las personas se ubica entre 4 a 7 días, pudiendo variar desde 1 a 14 días. Aún no está claro si las personas asintomáticas transmiten el virus, pero si lo hacen, tal vez la eficiencia en la transmisión sería muy baja.

Factores de riesgo: en términos generales, al ser el SARS-CoV2 un patógeno de descubrimiento reciente, no existe inmunidad en los humanos, lo que lleva a asumir que cualquier persona es susceptible para contraer la infección. Para el análisis de los factores de riesgo, se ha descrito que los tipos de coronavirus patógenos en los seres humanos (SARS-CoV y SARS-CoV2) se unen a sus células diana (principales implicadas en el mecanismo de infección) a través de la enzima convertidora de angiotensina² (de ahora en adelante, ECA2) expresada en el tejido epitelial de órganos como los pulmones, intestino, riñón y vasos sanguíneos. La expresión del receptor de la ECA2 aumenta en sujetos con enfermedades crónicas como diabetes mellitus tipo I y II (DM-I y DM-II), hipertensión arterial (HTA) y otras patologías crónicas tratadas con inhibidores de la ECA (EICA), antagonistas de los receptores AT1 de la angiotensina II (ARA-II), tiazolidinedionas e incluso, ibuprofeno, dado que estos fármacos aumentan la expresión de ECA2 en las células alveolares, facilitando la mayor ineffectividad en los grupos de pacientes citados. Entonces, se puede asumir que los factores de riesgo para una evolución difícil son: edad avanzada, enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas, diabetes, e inmunosupresión, y demás.

*PROCEDIMIENTOS DE BAJO Y ALTO RIESGO
DE TRANSMISIÓN VÍRICA*

Procedimientos de bajo riesgo de transmisión vírica	Procedimientos de bajo riesgo de transmisión vírica
Colocación de tubo de Guedel	Aerosolterapia, nebulización
Colocación de mascarilla facial de oxigenoterapia con filtro respiratorio	Gafas nasales de alto flujo
Compresión torácica	Ventilación manual con mascarilla
Desfibrilación, cardioversión, colocación,	Ventilación no invasiva CPAP/ BiPAP
de marcapasos transcutáneo	Intubación orotraqueal
Inserción de vía venosa o arterial	Traqueotomía
Administración de fármacos o fluidos intravenosos	quirúrgica>percutánea
	Broncoscopia, gastroscopia
	Aspiración de secreciones
	Resucitación cardiopulmonar

Sintomatología: para Rodríguez A. et. al.,⁶ los principales síntomas asociados a ésta virosis son: fiebre (83-98 %), tos (76-82 %), disnea (31-55 %) y dificultad respiratoria (17-29 %), entre otros. En los hallazgos radiográficos de aquellos pacientes quienes presentaron compromiso grave, tienen alta similitud con la sintomatología causada por los coronavirus respiratorios del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV) y del coronavirus del síndrome respiratorio del medio oriente (MERS-CoV). Entre dichos hallazgos, se han descrito en tomografías de pulmón opacidades en vidrio esmerilado mixtas, con imágenes de consolidación, agrandamiento vascular en la lesión y bronquiectasias de tracción.

Diagnóstico: según Sánchez MJ. y Carrillo R.⁷ el diagnóstico de SARS-CoV-2 debe hacerse de acuerdo con la evidencia de relación epidemiológica y confirmarse con los estudios de reacción en cadena de polimerasa (RCP). Para fines prácticos, deben considerarse factores de riesgo que aumentan la posibilidad de complicaciones graves, como neumonía de presentación atípica, síndrome de insuficiencia respiratoria aguda (SIRA), disfunción renal aguda, etcétera. Además, las muestras para diagnóstico microbiológico pueden ser de tracto respiratorio superior: (exudado nasofaríngeo y orofaríngeo) o del tracto respiratorio inferior (aspirado endotraqueal, en especial en pacientes intubados). Las muestras profundas parecen tener mayor rendimiento que las del tracto respiratorio superior, ante todo en pacientes con neumonía y pueden ser obtenidas en casos de pacientes intubados, con ventilación mecánica.

Tratamiento: ahora, no se recomienda ninguna terapia antiviral para la COVID-19. El tratamiento actual es sintomático y la oxigenoterapia, representa la principal intervención en el manejo de los casos severos de la infección. En casos de insuficiencia respiratoria refractaria a la oxigenote-

rapia, la ventilación mecánica puede ser necesaria. La oxigenoterapia es útil en todos los pacientes con signos de distrés respiratorio, incluyendo las presentaciones más leves. El tratamiento se debe proporcionar según el cuadro del paciente, lo cual incluye desde el uso de cánula nasal en las formas menos agresivas de la infección, hasta la oxigenoterapia de alto flujo, ventilación mecánica no invasiva en los casos de hipoxia severa o SDRA, siempre atendiendo las directrices del médico tratante.

Material y métodos

Revisión de 93 documentos en las bases de datos prestigiadas de los cuales se analizaron a profundidad 30 para explorar los desafíos a los que se enfrenta el personal de enfermería al brindar el cuidado en los pacientes con COVID-19, en un hospital de alta especialidad. La población sólo el personal de enfermería y pasantes que atienden pacientes COVID, entre los que están choque, urgencias, quinto piso de medicina interna y cirugía general, sexto piso unidad de cuidados intensivos 1, unidad de cuidados intensivos 2 y terapia intermedia. La muestra se tomó sólo del personal de enfermería y pasantes que se encuentran adscritos a las áreas que atienden a pacientes COVID, como: urgencias, choque, unidad de cuidados intensivos 1, unidad de cuidados intensivos 2, terapia intermedia, medicina interna y urgencias respiratorias. Criterios de inclusión: personal profesional de enfermería que cuida a pacientes COVID-19. Criterios de exclusión: profesionales de enfermería que no están en los servicios COVID. Criterios de eliminación: otros servicios del hospital que no son COVID. La recolección de la información se llevó a cabo mediante entrevistas de los turnos: matutino, vespertino, velada A y velada B; efectuadas antes de entrar a los servicios COVID o

después de salir de ellos. Los profesionales de enfermería se seleccionaron por muestreo aleatorio por conglomerado, entendiendo que el conglomerado fueron los servicios COVID seleccionados.

Resultados

Primer desafío: la reconversión del hospital: para Méndez CV. y Suárez M.⁸ la reconversión hospitalaria es una estrategia de gran relevancia en el proceso de contención y tratamiento de una pandemia, que se desarrolló como consecuencia de la experiencia mundial e histórica, obtenida a partir de la vivencia de previas y catastróficas pandemias. Esto implica según la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad⁹ que la reconversión hospitalaria debe enfocarse en la preparación para la recepción y atención de pacientes con síntomas respiratorios, así como evitar magnificar la propagación de la enfermedad entre los pacientes que aún requieren atención médica hospitalaria sin síntomas respiratorios. Su coordinación requiere considerar preparativos diversos, de manera inmediata o escalonada.

En cuanto a la reconversión del Hospital Dr. Manuel Gea González, el 19 de febrero 2020 inicia la preparación del área física para recibir pacientes COVID-19. Esta reconversión se hizo en 3 etapas: la primera, capacitación a las enfermeras y enfermeros en relación con el virus COVID-19, sus formas de contagio y la utilización de los equipos de protección personal. En la segunda, se inicia la reconversión de los servicios: urgencias, choque, ginecología y pediatría, que se convierten en servicios triage de urgencias respiratorias. Tercera, se habilita un quirófano exclusivo para pacientes COVID. De igual forma, se convierten en servicios no COVID: urgencias ginecológicas, urgencias metabólicas y triage metabólico.

El primer paciente COVID-19 ingresa el 17 de marzo al Hospital Dr. Manuel Gea González. Ese mismo día, el personal de enfermería inicia la atención con la utilización de los equipos de protección personal y con el acompañamiento de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria. Después, se habilitan 14 camas COVID para pacientes en estado crítico. En la tercera etapa y dado el número de pacientes que acuden al hospital, se convierte el sexto piso de quirófanos en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos. Para el 10 de abril se cierran todos los quirófanos y se convierten en Unidad de Cuidados Intensivos con 20 pacientes intubados. De la misma manera, la Unidad Tocoquirúrgica se transforma en área de recuperación posoperatoria y servicio quirúrgico.

El 20 de abril 2020 inicia la reconversión del quinto piso de medicina interna, para atender pacientes COVID. Para ello, se dan de alta a todos los pacientes quirúrgicos y metabólicos que allí estaban. Los pacientes que se encontraban en un estado complicado se bajan al cuarto piso de hospitalización y los pacientes que se encontraban en el cuarto piso de especialidades de ortopedia, otorrinolaringología, cirugía plástica y urología, quienes se egresan a sus domicilios, si ya presentaban mejoría. Así, en este piso quedan 21 camas para medicina interna, ortopedia, urología, otorrinolaringología, cirugía plástica reconstructiva y cirugía general. El tercer piso de endoscopia se transforma en unidad de cuidados intensivos de adultos, con 8 camas para pacientes metabólicos no COVID. En lo referente a la reconversión del hospital, el personal de enfermería enfatizó:

“La reconversión de mi servicio fue un impacto muy fuerte! ¡Tuvimos que enfrentarnos a una enfermedad desconocida! Tuvimos que aprender a respirar con una mascarilla todo el tiempo y saber que nuestra seguridad dependía del equipo de protección personal. Nos adaptamos al cambio repentino por nuestra seguridad y la de nuestros pacientes.” LMZ.

“Recuerdo muy bien el primer día que llegamos a los servicios COVID! Nos tomamos de las manos y una compañera inició una oración por nuestra seguridad, ¡teníamos miedo, mucho miedo! Nos dimos ánimos, pero nos quebramos ante las primeras muertes de nuestros pacientes. Nunca había visto tanto medicamento para sedación y relajación en el servicio, para pacientes con apoyo ventilatorio. ¡No podíamos hablar, ni reír! ¡El impacto era tremendo! Los carros de paro se surtían y resurtían varias veces en la semana. La experiencia fue muy complicada y difícil.” JPA.

“Enfermería es una profesión que se adapta a todo! ¡También al COVID! En la reconversión lo más importante fue el funcionamiento de todo: oxígeno, succión, mucho jabón, papel, soluciones intravenosas, jeringas, gasas, etc. Estábamos listos para recibir a los pacientes, ¡lo malo: cuando el propio personal se empieza a contagiar y a enfermar de COVID!, aun así, ¡enfermería vencerá la enfermedad o nos moriremos en la raya!” LBV.

Segundo desafío: capacitación del personal, según Díaz Y. et. al.,¹⁰ la capacitación de profesionales y otros trabajadores de salud es un proceso centrado en la obtención del conocimiento, monitorización y capacitación individual para atender y acceder a la información, expresar opiniones y tomar decisiones relacionadas en la promoción y el mantenimiento de la salud, lo que es aplicable en diferentes contextos y a lo largo de la vida, y de manera ineludible, ante la emergencia del virus SARS-COV-2. De igual forma, para la Organización Panamericana de la Salud (OPS)¹¹ es preciso disponer de los recursos humanos capacitados del hospital para proporcionar todas las funciones esenciales. Los recursos humanos son necesarios para responder eficazmente al impacto de la pandemia de COVID-19. Este personal estará en la primera línea de cuidado de los afectados y lucha contra la pandemia.

En el 2019 la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH)¹² inició la capa-

citación a todo el personal con información sobre el virus, medios de transmisión y medidas de protección. Esta se realizó para el personal de enfermería de urgencias y terapia intensiva, los martes y jueves de forma teórico-práctica. Al respecto, el personal de enfermería del hospital manifestó:

“Sin duda la capacitación del personal de enfermería fue un importante desafío! Por ello, el Dpto. de Docencia e Investigación del Gea, al detectar las necesidades del personal, nos dimos a la tarea de brindarles los elementos y herramientas que les permita tener competencias. Enseguida, se iniciaron diversos cursos-talleres sobre la COVID-19, con lavado de manos, vías de transmisión de la enfermedad, carro rojo, soporte vital avanzado, las estrategias para evitar la propagación del virus, medidas sanitarias para disminuir los contagios, colocación y retiro del equipo de protección personal, además de la ministración de la sedoanalgesia y la relajación muscular.” LPQ.

“El verdadero desafío del cuidado de enfermería ha sido atender a tantos y tantos pacientes graves sin contar con la experiencia necesaria del cuidado especializado para el manejo de ventiladores, hemodiálisis, utilización de medicamentos vasopresores etc. ¿Cómo le hicimos? Hemos aprendido a la par de la atención para cumplir con la misión del cuidado, pero ha sido ¡muy difícil! De igual modo, hay un sector que también necesita atención y son los familiares de los pacientes. Para ello, enfermería inventó un lenguaje de “cartas y misivas de motivación” que las enfermeras recogíamos de los familiares y leíamos a los pacientes para tranquilizarlos.” IJE.

Tercer desafío: el equipo de protección personal. Para la Secretaría de Salud de México¹³ los equipos de protección personal (EPP) son dispositivos especialmente proyectados y fabricados para preservar el cuerpo humano, en todo o en parte, de riesgos específicos de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales. Así, el EPP es una herramienta para limitar el riesgo de contagios en el personal de salud involucrado en la atención

a los pacientes sospechosos o con diagnóstico de COVID-19. La correcta elección del EPP ayuda a potencializar la protección del personal, por lo que se recomienda su uso y distribución en función de la evaluación del riesgo y las características de los servicios relacionados, con el manejo de pacientes. El EPP consta de cubrebocas quirúrgico triple capa, o N95, protección ocular con lentes, *goggles* o careta, gorro desechable, bata de manga larga impermeable desechable o de algodón y guante de látex o nitrilo, desechables. Lo más importante es el cubrebocas N95 y la careta, para evitar el contagio. A este respecto, se reunieron los siguientes testimonios:

“¡El equipo de protección personal si nos ayuda, pero uno de los momentos de mayor riesgo de contaminación es cuando nos lo quitamos! Esto se debe a que las partes más contaminadas son aquellas que tienen mayor contacto con el paciente, como lo son la cara anterior del EPP junto con las mangas de la bata y guantes. Hay que tener mucho cuidado.” AUG.

“Lo último que se debe uno retirar del EPP es la protección facial porque sabemos que la mucosa oral, conjuntival y nasal constituyen, la vía de entrada más segura del contagio.” RQE.

“Traer puesto el EPP me daba mucha angustia y ansiedad al principio de la pandemia, después del tiempo, nos acostumbramos y nos adaptamos a llevarlo puesto, dado que es nuestra defensa contra el contagio. Para no sentirnos tan agobiados con este equipo, hacemos turnos de 4 horas, con relevos de otras 4, así podemos descansar un poco.” YME

Desde luego, las epidemias de enfermedades altamente infecciosas como la enfermedad por el virus SARS-CoV2, representan un reto para los trabajadores de la salud, ya que se enfrentan a un riesgo mayor de infección que la población general debido a riesgo de exposición durante sus actividades laborales, por lo que, el conocimiento sobre el tipo y el uso correcto del EPP resulta fundamental.

Cuarto desafío: alto riesgo en el cuidado. Para Aranda F. et. al.,¹⁴ el riesgo de máxima contaminación en el trabajo de la enfermería clínica ocurre en el momento de desvestirse y eliminar el equipamiento al final del procedimiento, lo cual, debe estar supervisado por una persona preparada. Ahora, por el Instituto Superior de Formación Sanitaria de Madrid¹⁵ se cree que la transmisión se produce con frecuencia por gotas producidas al toser, estornudar o hablar, y dependiendo de las actividades realizadas al paciente, se pueden distinguir varios tipos de exposición de alto riesgo. Por ejemplo, las de alto riesgo: como aquellas situaciones laborales en las que se pueda producir un contacto estrecho con un caso confirmado de infección por el SARS-CoV-2 sintomático. La exposición de bajo riesgo: como aquellas situaciones laborales en las que la relación, se pueda tener con un caso probable o confirmado que no incluye contacto estrecho. De hecho, la siguiente escala estratifica el riesgo de transmisión vírica de los procedimientos que puedan tener que realizarse durante el ingreso del paciente (cuadro I procedimientos de bajo y alto riesgo de transmisión viral).

Del mismo modo, según Calvo R.C.¹⁶ el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, las maniobras que pueden producir aerosoles como la aspiración de secreciones respiratorias, aerosolterapia, ventilación mecánica, nebulización, toma de muestras respiratorias del tracto inferior, lavado broncoalveolar, oxigenoterapia de alto flujo, ventilación manual, ventilación no invasiva, traqueostomía quirúrgica y reanimación cardiopulmonar; son en especial importantes, pues se debe asegurar, el buen funcionamiento y sellado adecuado de la mascarilla de protección respiratorias utilizadas, para evitar el alto riesgo de contagio.

Asimismo, para Elizalde JJ. et. al.,¹⁷ es importante preocuparse por los pacientes, pero también por el personal de las áreas críticas a

quienes deben de proveerles de manera continua todos los equipos de protección personal que velen por su seguridad en las instalaciones de la Unidad de Terapia Intensiva, además, se cumplan con los requerimientos mínimos para poder cuidar a los pacientes infectados y evitar riesgos al personal de salud.

Por lo anterior, en materia de alto riesgo en el cuidado, el personal de enfermería ha externado estos testimonios:

“El personal de enfermería está agobiado, muy agobiado porque la pandemia empeora! Esto hace que a nivel nacional hayan fallecido por contagios, muchas enfermeras que se han infectado, como: jefas, supervisores, especialistas, generales y auxiliares. Si bien mucho personal de enfermería se fue por riesgos, hay también mucho personal en alto riesgo de contagio. ¡Esto debe terminar ya!” FAI.

“¡Lo que más me preocupa de la pandemia es que la sociedad no entiende que las enfermeras estamos en la primera línea de atención! ¡Qué también nosotros nos enfermamos, nos contagiamos y nos morimos! Qué no somos sus enemigos, que somos personas que servimos y que queremos hacer el bien a pesar de que también nos podemos contagiar. ¡Ya basta de tanta agresión y maltrato de la sociedad!” BLR.

“La enfermería es una profesión de talentos contra la COVID-19. ¡No somos héroes ni heroínas! ¡Somos personas que trabajamos con temor al contagio, pero como profesionales estamos para salvar vidas! Requerimos el reconocimiento social y una mejoría en el sueldo a quienes hemos estado luchando contra la pandemia.” LPS.

Quinto desafío: prevención del deterioro de la integridad cutánea en los pacientes COVID-19 para Hernández C. *et al.*,¹⁸ es necesario prevenir el deterioro de la integridad cutánea de los pacientes diagnosticados con COVID-19 internados en Unidades de Cuidados Intensivos con ventilación mecánica. Las metas son prevenir la aparición

de lesiones por presión (LPP) y disminuir el edema facial, palpebral y/o conjuntival, tomando las medidas necesarias para evitarlo. De la misma manera, para Cano L.E. *et al.*,¹⁹ la piel no ha quedado exenta del COVID-19, por lo que la dermatosis más observada es el exantema maculopapular pruriginoso en 192 casos (44.75 %). La edad media de presentación 55 años con duración promedio de 8.6 días. La dermatosis se localizaba con regularidad en el tronco y su aparición coincidía con el inicio de los síntomas respiratorios. La segunda dermatosis más frecuente: urticaria diseminada pruriginosa reportada en 79 pacientes con coronavirus (18.4 %) con una duración promedio de 6.8 días. Al igual que el exantema maculopapular, aparece en conjunto con el inicio de síntomas respiratorios y se asocia a mayor gravedad de la enfermedad. La tercera dermatosis más común: pseudoperniosis asimétrica con 74 casos registrados (17.24 %), con predominio en el sexo femenino (67.5 %). Dicha dermatosis afectó característicamente a pacientes jóvenes con edad media de 32.5 años. Ésta inicia de manera tardía en la evolución de la enfermedad y se relacionó con un curso de COVID-19 más benigno. Se reportó como dolorosa o pruriginosa.

Entonces, dado la aparición de lesiones por presión como resultado de la destrucción cutánea y por la necrosis del tejido subyacente con grasa y músculo, el personal de enfermería sabe que debe atender también la piel y estar atentos a los factores que contribuyen a la aparición de las lesiones como: humedad, desnutrición, obesidad, presencia de comorbilidades, fiebre, infección y déficit de la circulación periférica. A este respecto, el personal de enfermería manifestó que:

“Enfermería cuida a los pacientes de manera integral! ¡La piel no se nos olvida! Si bien en un principio los pacientes específicamente los de decúbito prono prolongado con más de 18 horas en esa posición, hacían lesiones por presión, del pabellón auricular, pómulos,

codos, mamas, rodillas y dedos de los pies, hoy nuestros pacientes se recuperan sin lesiones al aplicarles aceite de oliva, vaselina sólida, talco boratado y utilización de apósitos hidrocelulares tricapa.” RTV.

“En caso de aparición de lesiones en la piel y mucosas, lo primero que hacemos es valorar al paciente en forma individual y tratar en lo posible de que no aparezcan en las partes de presión, porque son signos tempranos de lesiones por presión. Vemos la ropa de cama limpia y seca, vemos la limpieza del paciente, en especial en los sensibles. Además, de los cambios de posición y la utilización de toallas húmedas para limpiar e hidratar desde la región más limpia a la más sucia.” KAD.

“Ahora tenemos en el hospital unos dispositivos que disminuyen al máximo la presión y que ayudan a distribuir el peso de los pacientes. Se trata de colchones de cáscara de huevo de 5 cm que tiene como característica un terminado piramidal que permite la distribución del peso en toda la superficie evitando los puntos de presión. Esto da como resultado que la circulación del aire mantenga la piel fresca y ventilada, al aumentar el flujo sanguíneo.” USF.

“Aunque la salud de los pacientes es responsabilidad de todos, enfermería utiliza el reloj de cambios de posición en colchones de presión alterna y el kit de pronación para disminuir las lesiones resultantes de la presión ósea. Las enfermeras del Gea brindan realmente cuidado integral para prevenir las lesiones o limitar los daños de la piel a nuestros pacientes”. GAE.

Conclusiones

Es bien conocido por todos que la infección por COVID-19 ha afectado a todo el mundo y su comportamiento epidémico es realmente preocupante al no contar todavía con un tratamiento específico. Por ello, el personal de enfermería debe continuar con las medidas de prevención y control de la enfermedad, así con las medidas de protección personal para evitar el riesgo de contagio en el personal de salud que atiende a los pacientes.

Si bien la aparición de la pandemia ha sido un gran reto en todos los ámbitos político, social, económico, entre otros, nos ha enseñado como nuestro sistema médico y hospitalario se ha visto rebasado por la gran morbi-mortalidad de la COVID-19. También para la profesión de enfermería lo ha sido, dado que ha representado enormes desafíos enfrentar esta pandemia, para lo que, ningún profesional de salud estaba preparado.

En el campo de enfermería, los desafíos señalados desde la reconversión del hospital, capacitación de personal, utilización del equipo de protección personal, prevención de alto riesgo de contagio, control de lesiones de la piel a los pacientes, entre otros, han sido la mejor manera de brindar el cuidado a los pacientes con la firme convicción de que el talento de enfermería y su tecnología del cuidado, son las principales herramientas en el hospital para salvar vidas y producir bienestar a los pacientes.

Asimismo, participo en la elaboración de este manuscrito el Grupo de Investigación Práctica de Enfermería ante COVID-19 del Hospital General Dr. Manuel Gea González que lo conforman: EEAEC. Vianey Benítez Martínez. <http://orcid.org/0000-000-5201-0479>; Lic. Lilia Mares Martínez/ <http://orcid.org/0000-0001-7825-5837>, Supervisora de enfermería del turno matutino del Hospital General Dr. Manuel Gea González; Mtra. Nayelli Aguilera Padilla. <http://orcid.org/0000-0002-6407-5787>; Coordinadora de Servicio Social del Hospital General Dr. Manuel Gea González Pste. Ana Yancy López Romero. <https://orcid.org/0000-0002-3908-186X>, Pasante de la licenciatura de enfermería de la ENEO-UNAM.

Referencias

1. Canova C, Salvador S. Proceso enfermero en la infección por COVID-19: y entonces,

- ¿cómo proceder? Tesis. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES). Buenos Aires, 2020. p.2. Consultado: 20 mayo 2020. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/340006919_Proceso_Enfermero_en_la_infeccion_por_COVID-19
2. **Calvo RC.** Manejo clínico del COVID-19: Unidad de Cuidados Intensivos. Documento técnico. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. Madrid, 2020. p.4. Consultado: 22 mayo 2020. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCoV-China/documentos/Protocolo_manejo_clinico_uci_COVID-19.pdf
 3. **Aragón-Nogales R, Vargas-Almanza I, Miranda-Navales MG.** COVID-19 por SARS-CoV-2: la nueva emergencia de salud. *Rev Mex Pediat.*(México). 2020;86(6):213-8. Consultado: 15 mayo 2020. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=91871>
 4. **Serra-Valdés MA.** Infección respiratoria aguda por COVID-19: una amenaza evidente. *Rev Haban Cienc Méd.*2020;19(1):1-5. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3171>.
 5. **Pacié D, Nuñez L, Berttullo M, Burghi G, Baz M, Casanova V. et. al.** Recomendaciones conjuntas para el manejo clínico de la infección por SARS-CoV-2 y la enfermedad COVID-19. *Rev Méd Urug.*2020;36(2):198-211.
 6. **Rodríguez-Morales AJ, Sánchez-Duque JA, Hernández-Botero S, Pérez-Días CE, Villamil-Gómez WE, Méndez CA.** Preparación y control de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en América Latina. *Rev Méd Peru.*2020; 37(1): 3-7. Consultado: 21 mayo 2020. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728->
 7. **Sánchez-Zuñiga MJ, Carrillo-Esper R.** Coronavirus 2019. Condiciones generales. *Rev Mex Anest* (México). 2020;43(2):83-91. Consultado: 1º junio 2020. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/COMPLETOS/rma/2020/cma202.pdf>
 8. **Mendoza Popoca CU, Suárez Morales M.** Reconversión hospitalaria ante la pandemia de COVID-19. *Rev Mex Anest* (México). 2020;43(2):151. Consultado: 1º julio 2020. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92875>
 9. **Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.** Lineamientos para la atención de pacientes por COVID-19. Gobierno de México. Secretaría de Salud. México, 2020. p.18. Consultado: 6 julio 2020 Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Lineamiento_Clinico_COVID-19_CCINSHAE
 10. **Díaz Morales Y, Hidalgo Mesa CJ, Reyes Roque AC, Filgueira Morilla LM, Tamayo Díaz YB, Aguilera Calzadilla Y.** Capacitación de profesionales y otros trabajadores de salud para el abordaje hospitalario contra la COVID-19. *Edumecentro.*2020;12(3):8-24. Consultado: 3 julio 2020 Disponible en: <http://revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/>
 11. **OPS-OMS.** Recomendaciones para la reorganización y ampliación progresiva de los servicios de salud para la respuesta a la Pandemia de COVID-19. Documento técnico de trabajo. OPS-OMS. Washington, 2020. p.20. Consultado: 4 julio 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/recomendaciones-para-reorganizacion-ampliacion-progresiva-servicios->
 12. **Hospital General Dr. Manuel Gea González.** Capacitación del personal de enfermería sobre el COVID-19. Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria. Entrevista personal. México, 2019.
 13. **Secretaría de Salud de México.** Lineamiento técnico de uso y manejo de protección personal ante la pandemia por COVID-19. Gobierno de México. México, 2020. p.2. Consultado: 7 julio 2020. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Lineamiento_uso_manejo_EPP_COVID-19
 14. **Aranda F, Aliste J, Altematt F, Alvarez JP, Bernucci F, Cabrera MC, et al.** Recomendaciones para el manejo de pacientes COVID-19 en el perioperatorio. *Rev Chil Anest.* 2020;49:196-202. Consultado: 7 julio 2020. Disponible en: <https://revistachilenadeanestesia.cl/revchilanestv49n02-03/>

15. **Instituto Superior de Formación Sanitaria.** Guía de actuación enfermera ante COVID-19. Consejo General de Enfermería. Fundación Instituto Español de Investigación Enfermera. Madrid, 2020. p.2. Consultado: 9 julio 2020. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/covid-19>.
16. **Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias.** Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Manejo clínico del COVID-19: unidad de cuidados intensivos. Documento técnico. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Madrid, 2020. Consultado: 4 julio 2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCoV-China/documentos/Protocolo_manejo_clinico_uci_COVID-19.pdf.
17. **Elizalde González JJ, Fortuna Custodio JA, Luviano García JA, Mendozaomero VM, Mijangos Méndez JC, Olivares Durán EM, et al.** Guía COVID-19 para la atención del paciente crítico con infección por SARS-CoV-2. Colegio Mexicano de Medicina Crítica. Med Crít. 2020;34(1):7-42. Consultado: 7 julio 2020. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2020/ti201b.pdf>
18. **Hernández Vargas C, Marín Castro H, Vélez Ocampo JC, Galeano Castro A, Vélez Ocampo S, Martínez Torrado C, et al.** Manejo de la piel en pacientes COVID-19: Protocolo piel sana en unidad de cuidados intensivos. Parte 1. México, 2020. p.4. Consultado: 11 julio 2020. Disponible en: <https://gneaupp.info/seccion/biblioteca-alhambra/recursos-covid19/>
19. **Cano Aguilar LE, Hernández Zepeda C, Vega Memije ME.** Manifestaciones cutáneas primarias por el virus de síndrome respiratorio agudo coronavirus 2 (SARS CoV-2). Revisión de la literatura. Dermatología CMQ.2020;18(2):129-35. Consultado: 12 julio 2020 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?>