

Definición de credo

Credo se deriva del latín *credo*, que significa «yo creo», y que emana del verbo *credere*, que puede traducirse como «creer».

El concepto de credo puede emplearse con referencia al conjunto de convicciones, opiniones y principios de un individuo o de una comunidad. La noción alude a las creencias que, por lo general, rigen las acciones de una persona.

Salud, en Ginebra, Suiza, que el trabajo de los profesionales en Enfermería es invaluable para la salud de las personas alrededor del mundo y exaltó la labor que realizan los cerca de 20 millones de profesionales en Enfermería.

Las necesarias medidas sociales y de salubridad que han sido aplicadas para detener los efectos de la pandemia y la crisis global que ha ocasionado la infección por la COVID-19 a expuesto la fragilidad de muchos sistemas de salud. No obstante, el personal de Enfermería ha permanecido en la primera

línea dada la magnitud de los casos, en contacto con los pacientes y los riesgos reales de contagio, la carga emocional y situaciones críticas, sin dejar de proporcionar largas noches de tratamiento y desvelo en aras de dignificar la existencia de sus pacientes. Todas estas adversas circunstancias generadas por la contaminación deben dejar un propósito común: elevar el perfil y el estado de la Enfermería en el mundo, donde el papel de la educación y la investigación serán fundamentales en el mejoramiento de la visión global y consolidará el reconocimiento social de la profesión.

Hoy vivimos una situación similar a la de hace 160 años cuando el 8 de febrero de 1855 fue presentado en «The Time», diario de circulación nacional en el Reino Unido, en plena guerra de Crimea, un artículo donde se describía a la más insigne de las enfermeras: Florence Nightingale.

«Sin exageración alguna es un “ángel guardián” en estos hospitales, y mientras su grácil figura se desliza silenciosamente por los corredores, la cara del desdichado se

suaviza con gratitud a la vista de ella. Cuando todos los oficiales médicos se han retirado ya y el silencio y la oscuridad descienden sobre tantos postrados dolientes, puede observársela sola, con una pequeña lámpara en su mano, efectuando sus solitarias rondas».

Nada más representativo que el trabajo de Enfermería.

Bibliografía

Fuentes-Bermúdez G. Enfermería y COVID-19: reconocimiento de la profesión en tiempos de adversidad. Revista Colombiana de Enfermería, 2019, v. 19, n.1, e017

World Health Organization. WHO and partners call for urgent investment in nurses. WHO. Switzerland, 2020. <https://www.who.int/news-room/detail/07-04-2020-who-and-partners-call-for-urgent-investment-in-nurses>

Torres Esperón JM. Paradigmas de enfermería en tiempos de COVID-19. Revista Cubana de Enfermería. 2020; 36(2): e3677

Reseña Bibliográfica

Organización del trabajo de enfermería adaptado a unidades de pacientes ingresados con la COVID-19

Por: Caridad Rojas Mosquera, Janet Cordero Vasallo.

Toda pandemia supone enormes retos a nivel sanitario, además de social y económico. Para dar una respuesta adecuada a esta emergencia por el SARS-CoV-2, es imprescindible disponer de protocolos que ayuden en la planificación, ejecución y en la toma de decisiones.

El personal de enfermería es un pilar fundamental en la atención y los cuidados de los pacientes hospitalizados con la COVID-19. Colabora con el equipo clínico en la prevención y detección de complicaciones de forma precoz, así como en la respuesta del paciente al tratamiento propuesto de forma individualizada frente al nuevo coronavirus.

Con respecto a la atención de los pacientes hospitalizados por la COVID-19 se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- La organización del trabajo de los profesionales de la salud.
- La preparación del personal no solo en el conocimiento de la enfermedad sino también en el dominio teórico práctico de las medidas de bioseguridad

establecidas que deben ser aplicadas en cada escenario.

- El cuidado y cumplimiento de las indicaciones médicas en los pacientes ingresados.

Organización del trabajo adaptado a unidades con pacientes con la COVID-19

- En las salas se recomienda asignar los cuidados enfermeros de este tipo de pacientes a dos profesionales de enfermería con el debido entrenamiento en las normas de bioseguridad conjuntamente con el médico asignado para dicha actividad.
- Organizar el trabajo en aras de minimizar las entradas en la habitación por lo que se deben ajustar las actividades como: administrar medicación, toma de signos vitales, extracción de muestras para estudios complementarios, y, demás, indicaciones médicas según el estado clínico del paciente.

- Asegurar la disponibilidad de todo el material necesario antes de entrar en la habitación.
- Solamente se debe entrar a la habitación una de las dos enfermeras asignadas, la otra ayuda en la colocación y retirada del equipo de protección individual (EPI), recomendable para



evitar la auto contaminación.

- Se debe rotar el trabajo cada 6 u 8 horas, según el estado clínico del paciente. Para ello es fundamental valorar en cada turno los cuidados requeridos para cada paciente.
- El personal sanitario que atienda a casos sospechosos o diagnosticados de infección por el SARS-CoV-2 que entren en la habitación de aislamiento y no necesiten realizar procedimientos generadores de aerosoles, deben llevar un EPI mínimo recomendado (bata de tela o desechable, mascarilla quirúrgica y una n95 si hay disponibilidad), y en su defecto se colocarán dos mascarillas quirúrgicas, guantes y protección ocular antisalpicadura, con el cumplimiento de las precauciones estándares de bioseguridad.
- En el caso extremo de realizar procedimientos que generen aerosoles se emplearán:
 - pijama desechable o de tela.
 - overol con capucha impermeable, o doble bata desechable en su defecto.
 - gorro.
 - mascarilla (n95 con filtro o FFP3 si hay disponibilidad), y se sugiere mascarilla quirúrgica por encima de las antes mencionadas.
 - doble guantes.
 - protección ocular: espejuelos y careta antisalpicaduras.
 - delantal.
 - botas impermeables.
- Asegurar un correcto sellado de la mascarilla y con el guante limpio interior disminuir la posibilidad de tocar el material contaminado al retirar el EPI.
- Es imprescindible que se cumpla una estricta higiene de manos antes y después del contacto con el paciente y tras la retirada de cada elemento del equipo de protección.

La recomendación actual es utilizar la mascarilla una sola vez. Aunque no hay evidencia clara al respecto, las mascarillas pueden utilizarse durante un periodo máximo de 6 h de actividad continua o intermitente: El uso extendido de la mascarilla puede realizarse si no está manchada ni húmeda.

Las mascarillas quirúrgicas son desechables no se deben reutilizar. Las mascarillas de tela se les dará el debido lavado y desinfección para su reutilización.

La utilización prolongada y continua de mascarillas faciales y gafas puede provocar

lesiones en la piel. Algunos expertos recomiendan el uso de protectores de barrera y cremas hidratantes una hora antes y después de la utilización de EPI, en la cara y zonas de mayor contacto (nariz, mejillas, frente y región posterior de la oreja). Así mismo, se recomiendan usar apósitos de protección entre el EPI y la piel en zonas de mayor presión o fricción.

- Si fuera necesario realizar pruebas diagnósticas imagenológicas, se recomienda colocar equipos portátiles en la unidad para su exclusivo uso.
- Se deben delimitar las zonas limpias (colocación EPI), de las zonas sucias (retirada de EPI, con los contenedores para eliminación y limpieza de material de protección).
- Se debe capacitar al personal en el control de infecciones y proporcionar un ambiente de trabajo seguro para el equipo asistencial y para los pacientes a



los que atienden.

El personal sanitario necesita un seguimiento activo si desarrolla síntomas de infección o se encuentre en contacto con paciente confirmado por infección por SAR-CoV-2, que incluya la recomendación de aislamiento domiciliario, realización de PCR para diagnóstico del virus y la reincorporación laboral en base a criterios preestablecidos.

Cuidado de pacientes y familiares

- Aislar al paciente en habitaciones acondicionadas para la COVID-19.
- No se permiten acompañantes en la habitación, excepto en población vulnerable (personas con discapacidad física, intelectual, y mujeres tras cesárea) y casos específicos que serán evaluados por el personal sanitario y con las mismas medidas de contención física.

- Los casos confirmados y en investigación deben llevar, mascarillas quirúrgicas.
- Minimizar los procedimientos que generen aerosoles: como son la aerosolterapia y nebulización, aspiraciones de secreciones respiratorias, la ventilación manual antes de la intubación (en este caso se sellará bien la mascarilla para evitar fugas), intubación traqueal, toma de muestras respiratorias, la pulverización de anestésicos locales en la vía aérea del paciente, lavado broncoalveolar, traqueostomía o resucitación cardiopulmonar. Si son necesarias la realización de estos procedimientos se usarán siempre las medidas de protección recomendadas.
- Se aplicaran medidas de higiene individual estrictas, sobre todo en relación al lavado de manos, mantenimiento de la distancia de seguridad (superior a 1 metro) y colocación de mascarilla quirúrgica, en los casos requeridos.
- Los pacientes que comparten habitación y cuarto de baño deben estar en la misma situación clínica (aislamiento en cohorte).
- Se facilitará la entrega de pertenencias que le hagan más llevadero el aislamiento.
- El transporte del paciente fuera de la unidad debe evitarse y, en caso necesario, utilizar las zonas de tránsito y los ascensores exclusivos para pacientes con la COVID-19.
- Es fundamental establecer un registro de las personas que entran en la habitación para posterior vigilancia.
- Brindar apoyo emocional al paciente y la familia ya que pueden presentar miedo o angustia. Esta situación excepcional de aislamiento puede generar un marcado estrés psicológico.
- Identificar tempranamente los signos y síntomas de mal pronóstico o en los casos que presenten manifestaciones graves.

Los casos de la COVID-19 pueden presentar cuadros leves, moderados o graves, incluyendo neumonía, síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), sepsis y shock séptico. Por esta razón cada vez que se entre a la habitación se deberá observar signos y síntomas asociados al empeoramiento clínico del paciente: Cambios en el nivel de conciencia, progresión de la disnea, aparición de ortopnea o disnea paroxística nocturna, lenguaje entrecortada, respiración abdominal, dolor torácico, limitación

funcional, escalofríos, cefalea, dolor faríngeo, tos, síntomas digestivos (vómitos, diarrea).

Esto último permite la realización de tratamientos de apoyo óptimos de manera inmediata para un ingreso seguro y rápido a la unidad de cuidados intensivos (UCI) de acuerdo con los protocolos existentes.

- Medir y registrar los signos vitales del paciente: temperatura, frecuencia respiratoria, presión arterial, frecuencia cardiaca. Se realizará de forma programada, en función del estado clínico del paciente.
- La enfermedad cursa con fiebre durante varios días, por lo que sólo se realizarán hemocultivos en aquellos casos que sean prescritos por el médico.
- La oxigenoterapia se inicia si la SaO₂ baja de 90-92% en aire ambiente, en función de las características clínicas del paciente, con el objetivo de mantener SaO₂ superior o igual a 90%-95%
- Si aparece un agravamiento brusco de la disnea, con incremento del trabajo respiratorio, FR > 25 rpm, y SaO₂ <90%, se avisará de manera urgente al médico. En esa situación crítica, colocar al paciente en posición semisentada, monitorizar de forma continua la saturación de oxígeno, y no dejarle solo en ningún momento. Colocar el carro de parada cardiorrespiratoria en la habitación mientras llega el médico, para su valoración y posible ingreso en UCI.
- Recomendar al paciente que debe dormir o descansar en posición semisentada siempre que sea posible. Preferiblemente se aconseja

permanecer en esta postura por lo menos 12 horas al día, de forma continua o alternando con decúbito lateral.

Los cambios subyacentes a la atención de este tipo de pacientes ingresados por el nuevo coronavirus y dadas las características epidemiológicas y clínicas de la COVID-19, hacía necesario de forma inminente la elaboración de protocolos de cuidados que ayudaran a los equipos enfermeros a desarrollar su actividad clínica con la máxima seguridad y eficacia en la atención de este tipo de pacientes. El reto del personal de enfermería en una pandemia como la actual es la puesta en marcha de mecanismos que garanticen la presencia óptima de profesionales por número de pacientes, la formación de profesionales para atención de pacientes con la COVID-19, así como la elaboración de protocolos y procedimientos propios para ofrecer la mejor atención posible en un entorno seguro.

Bibliografía

Choi KR, Jeffers KS, Logsdon MC. Nursing and the Novel Coronavirus: Risks and Responsibilities in a Global Outbreak. JAN 2020. <https://doi.org/10.1111/jan.14369>.

Newby JCMabry MCarlisle Bolson DMLane BE. Reflections on Nursing Ingenuity During the COVID 19 Pandemic. *Neuros c Nurs* 2020 .doi:10.1097/JNN.000000000000525.

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Documento técnico Manejo clínico del COVID-19: atención hospitalaria. Ministerio de Sanidad, 19 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.msccbs.gob.es/pro>

[fesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/Protocolo_manejo_clinico_ah_COVID19.pdf](https://www.msccbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/Protocolo_manejo_clinico_ah_COVID19.pdf)

ECDC. Infection prevention and control for the care of patients with 2019-nCoV in healthcare settings. February 2020. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/nove-coronavirus-infection-prevention-control-patients-healthcare-settings.pdf>

World Health Organization. Infection prevention and control of epidemic-and pandemic-prone acute respiratory infections in health care. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Infection prevention and control of epidemic-and pandemic-prone acute respiratory infections in health care. 1. Guideline I. World Health Organization; 2014. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112656/9789241507134_eng.pdf?sequence=1.6.

World Health Organization. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. World Health Organization; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf.7>.

World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. 13 marzo 2020. Disponible en: [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected).

Reseña Bibliográfica

Cuando el SARS-CoV-2 deja de «volar como una gallina», la luz ultravioleta lejana puede cortarle las alas

Por: Julio César Hernández Perera, Marcia Samada Suárez, Dania Piñeiro Pérez.

Se podría decir que, comparado con epidemias o pandemias pasadas, la humanidad parecía estar mucho mejor equipada o preparada para controlar la nueva epidemia. Ejemplos de esta preparación se palpan con la temprana secuenciación genética del virus que se hizo, además, pública, el rápido desarrollo de pruebas diagnósticas, la disponibilidad de contar con estadísticas en tiempo real —sobre todo, los relacionados con los aspectos de la transmisión del virus (disponibles en línea)—, la promulgación de procedimientos de

respuesta de emergencia y el establecimiento de prohibiciones de viaje y de cierre que limitan el movimiento de personas dentro de las zonas administrativas.

Sin embargo, la comunidad científica puede llegar a percatarse que en otros aspectos relacionados con esta pandemia se cuenta con conocimientos «rudimentarios», como los relacionados con la transmisión del virus.

A principios del mes de julio del 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS)

advirtió acerca de la posibilidad de que el SARS-CoV-2 se transmita por vía aérea. El impreciso comunicado emitido por Benedetta Allegranzi, de la Unidad Global de Prevención de Infecciones de la OMS, se fundamentaba en «nuevas evidencias» catalogadas como provisionales (o no definitivas) acerca de esa potencial vía de transmisión, vista especialmente en determinadas condiciones como: lugares con mucha multitud de personas o poco ventiladas.