

Cuidados de oxigenación para no morir por asfixia

Nicolás Santiago González

Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, Secretaría de Salud (Ixtapaluca, Estado de México)

Correspondencia: nicosantiago21@hotmail.com

Cuidar al paciente con covid-19 en la primera línea de atención generó miedo e incertidumbre en el personal de enfermería porque aumentaban los contagios y las tasas de mortalidad día a día, sumado a la falta de información científica para cuidar personas en esta condición. La letalidad y la rapidez con la que se diseminaba la infección generó tensión entre el personal de enfermería al punto de no desear tener contacto, con el dilema de atender los llamados de cuidado. Ante tal situación, fue necesario capitalizar la experiencia clínica obtenida en el cuidado del paciente en estado crítico que ingresa a terapia intensiva y reinterpretar la experiencia profesional ahora derivada por el covid-19, dando prioridad a la atención de necesidades de cuidado en la asfixia producida por la falta de oxigenación, que produjo protocolos de intervención que vale la pena compartirlas.

En las tazas más altas de la pandemia era común observar a los pacientes que ingresaban al hospital, con signos de: cianosis, semi-inconscientes, desorientados, con incapacidad para sostenerse en la marcha, acompañados por familiares preocupados, angustiados y desesperados, solicitando la atención de salud para el paciente, comentaban que habían salido caminando de su casa y durante el traslado habían dejado de respirar. Su desesperación se incrementó al encontrar hospitales llenos atendiendo pacientes con covid-19, por lo tanto, no les brindaron la atención oportuna, algunos no lograron llegar con vida a los hospitales. Los pacientes que ingresaron con coloración marmórea y sin signos vitales, fueron catalogados como “Código Negro”, y en la peor de las circunstancias tratados como un caso médico-legal y debían hacer trámites ante un ministerio judicial para obtener el certificado de defunción, el cual no describiría que murió por covid-19, y mucho menos que el paciente había sufrido falta de aire u oxígeno y que la hipoxia le hizo padecer la terrible sensación de morir por asfixia.

Los pacientes que ingresaron al hospital fueron atendidos bajo las siguientes consideraciones: No usar las puntas de alto flujo, ni ventilación mecánica no invasiva por la generación de aerosoles, factor clave para evitar diseminar el contagio; después de un tiempo se identificó que el empleo adecuado de tal recomendación ayudaba significativamente en la saturación del paciente. Una segunda recomendación fue la utilización de los borboteadores con oxígeno seco, que complicó los procesos fisiológicos en la motilidad de los cilios, evitando que el moco se volviera espeso y fluyera, obstruyendo la vía aérea. Una

tercera recomendación fue la “intubación temprana o programada” desafortunadamente el porcentaje de pacientes que sobrevivían era prácticamente nulo, porque difícilmente se lograban decanular o terminaban con estoma traqueal y secuelas pulmonares post covid-19, entonces, se decidió por la “intubación tardía”, y dejarlo para el final.

El cuidado del paciente con mascarilla de alto flujo con ventilación mecánica mostró enseguida la elevación de los niveles de saturación. Naturalmente había efectos colaterales que se cuidaban, como, la ansiedad del paciente por la sensación de ahogo, aplicando sedación con dexmedetomidina intravenosa en donde el paciente conservaba el estado de conciencia y cooperaba en su propio cuidado y en el cuidado enfermero. Sin duda alguna el cuidado de la vía oral era de suma importancia por el riesgo de broncoaspiración además, que el paciente cursaba períodos prolongados de ayuno y sed. Para que la ventilación no invasiva funcionara adecuadamente se cuidaba el sello hermético de la mascarilla con la cara del paciente, protegiendo con protectores cutáneos, aun así, el puente nasal se lesionaba severamente por la presión con la mascarilla. Si no había respuesta en los niveles de oxigenación con la ventilación mecánica no invasiva o era mayor el riesgo que el beneficio, entonces, se consideraba la intubación del paciente. Ante tal situación vivida, el personal de enfermería realizó la pronación del paciente sedado oro-intubado para favorecer el reclutamiento alveolar, a pesar de todos los retos que implicó, el incremento en los procedimientos, lesiones por dependencia, retiro accidental de sondas y catéteres, entre otros, aun así, los resultados siguieron siendo desalentadores.

Ante la ausencia de un tratamiento curativo, el cuidado de enfermería se convirtió en un eje fundamental en la atención del paciente con enfermedad covid-19, para cuidar e intervenir en las necesidades fisiológicas, control de signos y síntomas, en la soledad, acompañamiento emocional durante el aislamiento, prevención de riesgos, rehabilitación y fomento de autocuidado, tomando una función trascendental en los cuidados para mejorar la oxigenación. Es importante mencionar, que el cuidado profesional de Enfermería tiene sus bases en la filosofía de Florence Nightingale, quien afirmó que una persona que enferma necesita de un proceso reparador, que se debe colocar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe en él, en este sentido, fue cuidarlo a fin de que respirará normalmente, considerando el uso de dispositivos

para que la oxigenación se diera de forma escalonada acorde al nivel de saturación, el cual se valoró con el pulsioxímetro y en algunos casos fue necesario realizar intervenciones avanzadas de la vía aérea. Estos cuidados de enfermería tuvieron el objetivo de mantener el intercambio de gases en la ventilación, cubriendo la necesidad de oxigenación de las personas que referían sensación de ahogamiento y que cursaban con síndrome de distrés respiratorio, si no lograban satisfacer la necesidad de oxigenación a pesar del oxígeno que se le suplementó, su estado de salud se complicaba en pocas horas, llegando a necesitar ventilación invasiva, desafortunadamente, muchas de las veces, no lograron una mejoría y fallecieron.

Con el paso del tiempo se ha observado que cuando los pacientes llegan al servicio de urgencias y tienen dificultad respiratoria, en donde el distrés respiratorio agudo inició recientemente, este momento es semejante a una “hora dorada”, en donde, no se debe perder tiempo e inmediatamente administrar oxígeno suplementario mediante mascarilla con bolsa reservorio, pronación temprana estando consciente, acceso vascular, medicación con antiagregante plaquetario, corticosteroide y antipirético, control de glucosa y de presión arterial, control de la ansiedad y técnicas de respiración; algunos pacientes refirieron “sentí que me regresaron” “sentí que moría, pero ya no” y durante la estancia hospitalaria no requirieron ventilación invasiva y egresaron por mejoría. En esta hora dorada el “tiempo es pulmón”, en donde el cuidado profesional de enfermería es determinante para evitar complicaciones, ya que al volverse crónica la hipoxemia progresa a severa y en algún momento el paciente sufre esa sensación de morir por asfixia. Algo que es importante no olvidar, es que los pacientes se encontraban aislados, lejos de su familia y sabían que podían morir en cual-

quier instante, lo cual les causaba miedo y ansiedad, por tanto, comunicarnos con el paciente fue una forma de darle tranquilidad y acompañarle en su duelo, cuidar la asfixia para que no tuviese la sensación de morir por ahogamiento. La falta de oxigenación produce encefalopatía posiblemente provocada por la hipoxia, generando que algunos pacientes en determinado momento no comprendieran su situación de salud y se quitarán o se desconectarán los dispositivos de oxigenación, atentando contra su vida.

En conclusión, los cuidados de oxigenación deben partir del deseo de cuidar a otro, se debe fomentar la rehabilitación pulmonar en fase inicial a partir de técnicas de respiración, movilización frecuente del paciente, estimular las reservas energéticas, sacarlos de la cama para evitar los reposos prolongados evitando que la inmovilidad cause atrofia muscular, incremento de la humedad y consecuente deterioro de la integridad cutánea, limitando el daño. La enfermedad covid-19 afecta directamente al patrón respiratorio, por lo que, debemos de fortalecer lo que nos enseñan en nuestras primeras clases de enfermería, como son: el apego a principios de asepsia y antisepsia, extremar la aplicación de precauciones por vía de transmisión, haciendo hincapié en las medidas por contacto y por gotas, el lavado de manos (guantes) en sus cinco momentos es esencial, ya que los brotes de *acinetobacter baumannii* o *clostridioide* difícilmente nos recordaron que no todo es covid-19, que también existen otros problemas epidemiológicos y se deben prevenir las infecciones asociadas a la atención en salud. Debemos realizar cuidados basados en evidencia, buscar las mejores prácticas que establezcan el patrón respiratorio y mitiguen esa terrible sensación de morir por asfixia.