



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería

Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Tesina

*Proceso Enfermero en un Paciente con Choque  
Séptico de Origen Abdominal*

Presenta:

**LE. Brenda Sandoval Caloch**

Para Obtener el Grado de  
Especialista en Enfermería con Opción Terminal en  
Cuidados Intensivos

Octubre, 2023



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Facultad de Enfermería  
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Tesina

*Proceso Enfermero en un Paciente con Choque  
Séptico de Origen Abdominal*

Presenta:

**LE. Brenda Sandoval Caloch**

Para Obtener el Grado de  
Especialista en Enfermería con Opción Terminal en Cuidados  
Intensivos

Director de Tesina:

ME. Oscar Ramos Montiel

Octubre, 2023

**Tesina:** Proceso Enfermero en un Paciente con Choque Séptico de Origen Abdominal  
**Número de registro:** **SIEP/CI/006/23.**

**Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional**

---

ME. Oscar Ramos Montiel  
**Presidente**

---

ME. Francisco Adrián Morales Castillo  
**Secretario**

---

ME. Alejandro Torres Reyes  
**Vocal**

---

ME. Oscar Ramos Montiel  
**Director de Tesis**

---

MCE. Erika Pérez Noriega  
**Directora de la Facultad de Enfermería**

---

DCE. Francisco Javier Báez Hernández  
**Secretario de Investigación y Estudios de  
Posgrado**

## Agradecimientos

Agradezco a Dios por permitirme culminar esta etapa de formación educativa y convertirme en enfermera especialista en cuidados intensivos.

A la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, a la Facultad de Enfermería y a su cuerpo de docentes por darme los conocimientos y herramientas suficientes para el desarrollo de habilidades y destrezas que serán indispensables para mi incorporación al campo laboral.

A mi tutor el Maestro Oscar Ramos Montiel por su apoyo, dedicación y conocimiento para la realización del presente trabajo.

Y en especial a mis padres y mis hermanas quienes son mi motivo principal de superación personal y profesional, gracias por apoyarme en cada decisión y confiar en mí.

## Contenido Temático

Contenido	Página
<b>Capítulo I</b>	
Introducción	9
Marco de Referencia	14
Objetivo del Caso Clínico	22
<b>Capítulo II</b>	
Metodología Proceso Enfermero	
Valoración Inicial	23
Entrevista por Patrones Funcionales de Salud	26
Valoración Cefalocaudal	28
Resultados de Auxiliares de Diagnostico	30
Registro de Diagnósticos de Enfermería Día I	33
Plan de Cuidados de Enfermería 1	35
Plan de Cuidados de Enfermería 2	37
Plan de Cuidados de Enfermería 3	39
Plan de Cuidados de Enfermería 4	41
Valoración continua Día II	43
Registro de Diagnósticos de Enfermería Día II	49
Plan de Cuidados de Enfermería 1	50
Plan de Cuidados de Enfermería 2	52
Plan de Cuidados de Enfermería 3	54

Plan de Cuidados de Enfermería 4	56
Valoración continua Día III	58
Registro de Diagnósticos de Enfermería Día III	63
Plan de Cuidados de Enfermería 1	64
Plan de Cuidados de Enfermería 2	66
Plan de Cuidados de Enfermería 3	68
Plan de Cuidados de Enfermería 4	70
Valoración continua Día IV	71
Registro de Diagnósticos de Enfermería Día IV	75
Plan de Cuidados de Enfermería 1	77
Plan de Cuidados de Enfermería 2	79
Plan de Cuidados de Enfermería 3	81
Plan de Cuidados de Enfermería 4	83

### **Capítulo III**

Conclusión	85
Referencias	86

#### Apéndices

A. Carta de consentimiento Informado	91
B. Escala SOFA	92
C. Escala de Glasgow	93
D. Escala de AKIN	94
E. Escala de RASS	95
F. Escala de CPOT	96



## Resumen

Candidata para el Grado de	Enfermera Especialista intensivista
Fecha de Graduación	Octubre 2023
Universidad	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad	Facultad de Enfermería
Título de la Tesina	Caso Clínico: Proceso Enfermero en un Paciente con Choque Séptico de Origen Abdominal
Número de páginas	97
Área de Estudio	Enfermería Intensivista

**Introducción:** La sepsis y el choque séptico representa una de las primeras causas de mortalidad el mundo y aunque puede afectar a cualquier personal se han identificado factores de predisposición como la edad, las enfermedades crónico-degenerativas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, EPOC) y la inmunosupresión. Debido a los signos y síntomas inespecíficos que se presentan en la etapa temprana de la enfermedad se entorpece su diagnóstico por lo que suelen presentarse complicaciones graves y los pacientes que sobreviven al choque séptico presentan secuelas que disminuyen la calidad de vida, por lo que es importante que los profesionales de enfermería realicen intervenciones oportunas en pro a la recuperación del paciente. **Objetivo:** Diseñar un proceso de enfermería en un paciente con choque séptico con la finalidad de brindar cuidados especializados basados en la taxonomía de enfermería y en la mejor evidencia científica que contribuya a la recuperar el estado de salud y a evitar complicaciones . **Metodología:** Se utilizó como instrumento metodológico del Proceso de Enfermería la valoración por patrones funcionales de salud de Maryori Gordon y la taxonomía NANDA-NOC-NIC para la formulación de diagnósticos e intervenciones de enfermería; además se consultaron diferentes artículos científicos y la Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de sepsis grave y choque séptico en el adulto. **Resultados:** Se identificaron patrones disfuncionales como el Patrón Nutricional-metabólico, Patrón de Eliminación, Patrón Actividad-ejercicio, Patrón Cognitivo-perceptual y Patrón Adaptación-tolerancia al estrés. Los Diagnósticos de Enfermería prioritarios fueron: Deterioro del intercambio de gases, Disminución del gasto cardiaco, Motilidad Gastrointestinal disfuncional, Perfusión tisular periférica ineficaz. **Conclusión:** Se observaron resultados positivos con relación a la contención de falla multiorgánica y prevención de complicaciones, se identificó la importancia de tener un adecuado apego al tratamiento para la disminución de secuelas, estableciendo así que el Proceso Enfermero de es de gran relevancia en las áreas críticas pues nos permite identificar problemas reales y potenciales, ayudando guiar la formulación de intervenciones adecuadas y ponerlas en práctica de manera oportuna.

**Palabras Clave:** Proceso de enfermería, sepsis, choque séptico, cuidado enfermero.

Firma del director de Tesina: ME. Oscar Ramos Montiel

## Capítulo I

### Introducción

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018) se define como sepsis a la respuesta inmunitaria anormal causada por un microorganismo patógeno, que ocasiona daño irreversible a los tejidos de no ser diagnosticada y tratada a tiempo; mientras tanto Shankar-Hari et al. (2016) definen como choque séptico a las anomalías circulatorias, celulares y metabólicas derivadas de la sepsis que representan mayor riesgo de mortalidad, y que a pesar de la adecuada reanimación con líquidos persiste un estado de hipotensión que requiere el uso de vasopresores para mantener una PAM (presión arterial media)  $> 65$  mmHg (milímetros de mercurio) así como la persistencia de un nivel de lactato sérico mayor a 2 mmol/L (miliosmoles por litro).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) refiere que se desconoce la carga epidemiológica precisa de la sepsis debido a las limitaciones en el diagnóstico y a la insuficiente notificación de casos, pero se estiman que anualmente se presentan 49 millones de casos de infecciones relacionadas a sepsis, de los cuales se valúan aproximadamente 11 millones de decesos debido a sus complicaciones, en los países de bajos y medianos ingresos la sepsis se presenta con mayor frecuencia y representa una de las principales causas de mortalidad materna y neonatal debido al incorrecto diagnóstico en la primeras manifestaciones clínicas.

De acuerdo con el Sistema de información de la secretaria de Salud (SS, 2021), la sepsis en México se encuentra dentro de las principales causas de mortalidad en adultos y niños. En ese mismo año se registraron 6.176 muertes a causa de esta enfermedad, lo que representa una tasa de mortalidad de 0.003% a nivel nacional, de las cuales 3,070 defunciones se presentaron en hombres y 3,104 en mujeres, las entidades con más defunciones a causa de esta enfermedad fueron Estado de México, Jalisco, Veracruz, Ciudad de México y Chihuahua respectivamente. Mientras tanto en el estado de Puebla se registraron 248 defunciones de las cuales, 119 correspondieron a hombres y 129 a mujeres, siendo los adultos mayores a 65 años la población más afectada.

Tanto la sepsis como el choque séptico pueden afectar a cualquier persona, pero se ha observado una alta correlación entre esta patología y las personas de edad avanzada, sobre todo en aquellos mayores de 60 años, infiriéndose así que la edad es un factor que predispone al desarrollo de la misma debido a efectos de envejecimiento que disminuyen la respuesta inmune, también se ha identificado otros factores como son las enfermedades crónico-degenerativas entre las que se encuentra la insuficiencia renal, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardiaca, así como aquellas enfermedades que causan inmunosupresión, los principales focos de infección identificados son el pulmón y el abdomen (Banchón et al., 2020).

Se estima que aproximadamente del total de casos de shock, el 60% corresponde a shock séptico, situándose por encima del shock cardiogénico e hipovolémico con un 15 % cada uno y cerca de un 4 % al shock obstructivo; a pesar de su alta incidencia y de los avances que hay en la medicina el choque séptico cuenta con un alto índice de mortalidad alcanzando hasta un 50%. El

reconocimiento y manejo precoz disminuyen la mortalidad, pero influye considerablemente el estado evolutivo del paciente al momento de ser diagnosticado. Los signos y síntomas que se desarrollan en el choque séptico incluyen piel pálida, cianosis, alteraciones del estado de conciencia como somnolencia, confusión e incluso el coma, hipotensión, taquicardia o arritmias, taquipnea, oliguria, acidosis metabólica e hipoglucemia, así como la presencia de fiebre en algunos casos, todos estos como respuesta de mecanismos compensadores (Estévez et al., 2021).

El diagnóstico se realiza mediante la identificación de signos y síntomas y el reconocimiento del foco infeccioso, indispensables para iniciar con el tratamiento el cual debe ser individualizado a cada paciente, comenzando por la aplicación precoz de antibioticoterapia, reanimación hídrica, administración de vasoactivos, administración de oxígeno y apoyo ventilatorio mecánico en caso necesario, medidas antitrombóticas, control nutricional y glucémico, así como de sedación, el conjunto de estas estrategias ha mostrado disminución en la incidencia de falla multiorgánica, estancia hospitalaria prolongada y la mortalidad (Merlán et al., 2021).

Se ha observado que los pacientes que sobreviven a la sepsis tienen una disminución en la calidad de vida y frecuentemente tienen dificultades para recuperar su independencia. Los pacientes post-sepsis desarrollan de 1 a 2 limitaciones en actividades de la vida diaria, actualmente no hay una herramienta que ayude a estimar la probabilidad que tiene un paciente de recuperarse por completo, pero se ha observado que pacientes sin comorbilidades previas tienen mayores probabilidades de recuperación a comparación de aquellos con una discapacidad preexistente, enfermedad crónica o un adulto mayor, las secuelas clínicas van desde dolor,

alteraciones visuales, caída de cabello, problemas dentales, limitación física, deterioro cognitivo, deterioro de la salud mental, infecciones recurrentes, hasta el riesgo de eventos cardiovasculares e insuficiencia renal, así como exacerbación de enfermedades crónicas (Hallie & Dereck, 2018).

Debido a los rigurosos cuidados que deben ser otorgados y a la exigencia en la unidad de cuidados intensivos (UCI), las enfermeras especialistas son esenciales para asegurar la atención y el cuidado calificado aplicado en la práctica, teniendo un gran impacto al realizar intervenciones de enfermería que conllevan a la mejoría del estado de salud, mediante la fusión de conocimientos, habilidades y la aplicación de juicio clínico en la práctica diaria, dichas habilidades y actitudes son adquiridas mediante la educación continua, contribuyendo a la mejora en la calidad de la atención de enfermería (Díaz & Soto, 2020).

El proceso de enfermería (PE) es una herramienta metodológica de pasos estructurados que tiene como finalidad la ejecución de cuidados de enfermería; está compuesto de 5 etapas: Valoración, donde se recogen y organizan datos personales de relevancia del paciente; el diagnóstico es el juicio clínico realizado a partir de la valoración; la planeación son el conjunto de estrategias que tienen como objetivo prevenir, corregir problemas identificados en la etapa anterior, mediante la formulación de intervenciones de enfermería; la cuarta etapa es la ejecución en la cual se llevan a cabo las intervenciones planeadas; y la Evaluación es el análisis de la ejecución en donde se establecen si las intervenciones aplicadas han conseguido el objetivo establecido en la planeación, es por ello, que la adecuada aplicación del PE es esencial para la atención de enfermería, ya que a través de la correcta aplicación de sus etapas se favorece al

cumplimiento y aplicación de cuidados de manera sistematizada que incremente el pronóstico de vida a través de la aplicación de los cuidados (Rivera et al., 2022).

Salazar (2022) y Nieves (2021) elaboraron procesos de atención de enfermería en pacientes con choque séptico en los cuales se utilizó el modelo de Virginia Henderson y la taxonomía NANDA, NOC Y NIC, en el cual se ejecutaron intervenciones enfocadas al manejo de las vías áreas artificiales, monitorización de electrolitos, manejo de la función gastrointestinal, manejo de la volemia y manejo de la eliminación urinario, en los cuales se refiere que la planeación adecuada de intervenciones sistematizadas y humanizadas ayuda a prevenir complicaciones en el paciente.

Se han observado en procesos de enfermería en pacientes con shock séptico basadas en la taxonomía NANDA, NOC Y NIC, un énfasis en las intervenciones sobre el control de la temperatura, el manejo para la estabilización hemodinámica, la identificación de datos de falla multiorgánica, manejo de patrón respiratorio mediante ventilación mecánica (Herrera, 2020 y Pino,2018)

Mientras tanto Debo (2022) y Reynoso (2021) en análisis de casos en procesos de enfermería han observado que el diagnóstico oportuno del choque séptico se tiene mejores pronósticos y menor riesgo de complicaciones, aunado al inicio temprano de antibioticoterapia, así como que la lesión renal aguda es una de las principales complicaciones de un mal manejo.

## Marco de Referencia

Se conoce que la etiología infecciosa de la sepsis y choque séptico generalmente es causada por bacterias Gram negativas siendo la más frecuentes *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae*, otras bacterias Gram positivas encontradas con menor frecuencia son *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus agalactiae*, que ocasionan principalmente neumonía, peritonitis, infecciones intraabdominales, endocarditis, meningitis e infecciones de tejidos blandos; causando hipoperfusión a diversos órganos y sistemas produciendo alteraciones metabólicas, requiriendo de tratamiento médico urgente debido a su rápida evolución (Chávez-Vivas et al., 2018; Miguelena, 2019).

La fisiología del choque séptico inicia con el reconocimiento de moléculas procedentes del patógeno llamadas pathogen-derived molecular patterns (PAMPs) y otras derivadas del huésped identificadas como damage-associated molecular patterns (DAMP), estas son reconocidas por receptores específicos llamados toll-like receptor (TLR), en la superficie de las células presentadoras de antígenos (CPA) se incluyen monocitos, macrófagos, dendritas, linfocitos B, que producen inflamación, aumento del metabolismo celular y activación de la inmunidad adaptativa. Cuando la inflamación se presenta de manera descontrolada causa daño tisular y disfunción orgánica, para posteriormente presentar un estado de inmunoparálisis como consecuencia de la apoptosis del tejido inmunitario e incapacidad de las células T (Chiscano-Camón et al., 2022).

Se ha observado que las endotoxinas o lipopolisacárido (LPS) de las bacterias gram-negativas son inductores de la sepsis y responsable de las alteraciones hemodinámicas en el

choque séptico, así como de la activación de los macrófagos provocando a la síntesis de citocinas y los neutrófilos que ocasionan daño endotelial. Al unirse las PAMP y DAMP induce a la expresión de las interleucinas (IL)1, 2 y 18, factor de necrosis tumoral alfa (TNF  $\alpha$ ) e interferón, que actúan como citocinas proinflamatorias, activando a otras citocinas (INF $\gamma$ , IL 6y 8) de la cascada de la coagulación. En medula ósea se liberan neutrófilos inmaduros que tiene una capacidad fagocítica disminuida, también ha observado la formación de redes extracelulares en el tejido inflamado que inmoviliza al patógeno, y activan la cascada de la coagulación la cual es responsable de la disfunción orgánica (Chiscano-Camon et al., 2022).

El diagnóstico se basa en la identificación de signos y síntomas que incluye: palidez, diaforesis, cianosis periférica, presión arterial sistólica <80 mmHg, presión arterial media < 65 mmHg, taquicardia superior a 130 lpm, índice cardiaco inferior a 2.3 l/min/m<sup>2</sup>, diuresis horaria menor a 20 ml/hr o menor a 0.5 ml/kg, hipertermia, dolor abdominal, alteraciones en el estado de conciencia; en la exploración física se identificaran cicatrices en busca de intervenciones quirúrgicas recientes, presencia de dispositivos médicos como catéteres, drenajes y sondas que pudieran ser el foco infeccioso. Se deben obtener muestras de laboratorio biometría hemática, química sanguínea, perfil de coagulación, electrolitos séricos, pruebas de función hepática, lactato sérico y gasometría arterial; así como toma de cultivo del probable foco infeccioso previo al inicio de la terapia con antibióticos (Miguelena, 2019; Palomeque et al., 2022).

El tratamiento de choque séptico se basa en mejorar la oxigenación, la perfusión tisular y el inicio precoz de la terapia antimicrobiana. De primera instancia se inicia con la administración de soluciones cristaloides intravenosas, se tienen como primera elección: solución salina 0.09% y

solución Hartmann, que mejoran el gasto cardiaco, la oxigenación y revierte la hipoxia tisular, a relación de 30 ml/kg, la administración indiscriminada de líquidos conlleva a una sobre carga hídrica y a otras complicaciones como edema pulmonar, hipertensión pulmonar, alteración de la función del ventrículo derecho y disminución del gasto cardiaco. En el tratamiento con vasopresores se recomienda cuando persiste una PAM < 65 mmHg, el fármaco de primera elección es la norepinefrina y se recomienda el uso de vasopresina como adyuvante sin embargo no se recomienda como único vasopresor, el uso de inotrópicos se reserva para pacientes con disfunción miocárdica, bajo gasto cardiaco o signos de hipoperfusión, después de alcanzar PAM con la administración de líquidos y vasopresores (Laguado-Nieto et al., 2019).

El uso de antibióticos en la primera hora de tratamiento se asocia a una supervivencia de casi el 80 %, inicialmente se establece un esquema empírico, la elección de este depende del sitio de infección, patrón de resistencia, estado inmune del paciente, comorbilidades, alteraciones de funciones orgánicas, presencia de dispositivos invasivos médicos, patógenos de comunidad y hospital. Se recomienda la transfusión de glóbulos rojos cuando el nivel de hemoglobina se encuentre <7g/dl. El soporte ventilatorio mecánico y el requerimiento de dispositivos de la vía aérea avanzada, está indicada en pacientes con deterioro del estado de conciencia y en quienes desarrollan síndrome de dificultad respiratoria (SDRA). Se debe mantener un control estricto de la glucemia en parámetros entre 100- 150 mg/dl, ya que su descontrol está asociado a un aumento de la mortalidad. En pacientes con falla renal aguda se opta por tratamiento de sustitución de la función renal con la finalidad de depurar metabolitos tóxicos y mantener el equilibrio hidroelectrolítico además de la eliminación de factores de la cascada inflamatoria (Laguado-Nieto et al., 2019).

En México la Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis Grave y Choque Séptico en el Adulto ([GPC] 2009), establece criterios para el ingreso a las UCI, este parte de dos bases: Pacientes con diagnóstico de sepsis grave con lactato superior a 4 mmol/L y choque séptico ;y en los criterios de ingreso por disfunción orgánica aguda se incluye: uso de fármacos vasoactivos, necesidad de ventilación mecánica, plaquetas < 100,000/mm<sup>3</sup>, creatinina sérica >2 mg/dL o diuresis < 0.5 ml/kg/hr, bilirrubina total > 2 mg/dL y glasgow <15 puntos, con el objetivo que los paciente aceptados en áreas críticas cuente con mayor y mejor atención médica. En la misma también se establecen metas de reanimación que deben cumplirse en las primeras 6 horas de tratamiento, ya que se ha observado que disminuye la mortalidad en un 16.5 %, los objetivos a alcanzar son: presión Venosa Central (PVC) 8-12 mmHg, PAM > 65 mmHg, gasto urinario de 0.5 ml/Kg/hr, saturación de oxígeno en sangre venosa (SATVO<sub>2</sub>) > 70%.

Se han realizado varios sistemas de puntuación que identifican y evalúan las anomalías de la función orgánica en pacientes con choque séptico, ayudando al personal de salud a estimar la gravedad de la enfermedad, una de ellas es la escala para la Evaluación de fallo orgánico secuencial (SOFA) (Apéndice B), en la que se evalúan funciones fisiológicas como; respiración, coagulación, función cardiovascular, hepática, del sistema nervioso central (SNC) y renal, mediante paraclínicos de laboratorio, se valoran: bilirrubina, creatinina, tiempos de coagulación y gasometría arterial, cada rubro cuenta con una puntuación de 0 a 4 y entre mayor sea la puntuación hay mayor grado de disfunción orgánica y mortalidad en el paciente (Banchón et al., 2020).

Los pacientes en estado crítico requieren de cuidados de alta complejidad por enfermeros especialista, el Proceso Enfermero guía a los profesionales de enfermería en la formulación de diagnósticos e intervenciones de enfermería en los cuales se identifican problemas de salud, estados de riesgo e incluso se aborda la promoción a la salud, proporcionando una base para la selección de intervenciones, la taxonomía NANDA ( North American Nursing Diagnosis Asssociation) estructura un lengua estandarizado en los diagnósticos enfermeros y los presenta en un esquema de clasificación, utilizada internacionalmente, ayudando a brindar una atención eficaz, es un proceso continuo cambiante en el cual se debe priorizar al paciente, lleva a cabo un orden sistemático de fenómeno- juicio clínico (Heather & Kamitsuru, 2021).

La clasificación de resultados de enfermería (NOC) fue desarrollada para ser utilizada en conjunto con la clasificación de diagnósticos de enfermería NANDA, la cual proporciona la taxonomía para las etapas del proceso enfermero e identificación del resultado y evaluación; describe los resultados después de una intervención, su evolución está orientada a si se produjo un cambio o resultado positivo, una mejora, se previno el deterioro o la aparición de un resultado negativo; según sea el caso abordado en el momento, se evalúan mediante escalas (Moorhead et al., 2018).

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) identifica el tratamiento o intervenciones basadas en el criterio y conocimiento clínico, deben ser aplicadas por el personal de enfermería mediante una estructuración coherente, permitiendo mantener un lenguaje claro tanto con el área multidisciplinaria como con familiares y paciente involucrado, además de ayudar a documentar el trabajo realizado y así determinar el impacto de los cuidados otorgados,

puede utilizarse en todos los ámbitos y situaciones como cuidados agudos, en áreas de terapia intensiva, hospitalización , áreas comunitarias, paliativas y de atención primaria (Butcher et al., 2018).

Salazar (2022) elaboró un proceso enfermero en un paciente con shock séptico de foco abdominal e insuficiencia respiratoria, el cual mediante el uso del modelo de Virginia Henderson se edificaron y previnieron complicaciones mediante la planificación de intervenciones de enfermería en el cual se brindó cuidado sistematizado y humanizado, se priorizan los siguientes diagnósticos enfermeros: limpieza ineficaz de las vías aéreas, desequilibrio de líquidos y electrolitos y desequilibrio nutricional por defecto, para los cuales se realizan las siguientes intervenciones: manejo de vías aéreas artificiales, monitorización de electrolitos y manejo de la función gastrointestinal.

Nieves (2021) menciona en un proceso enfermero en un paciente con choque séptico refiere que al ser una de las principales causas de mortalidad en las UCI representa un reto para los profesionales de la salud y para la salud pública mundial, pues tiende a ser subestimado tanto en la asignación de recursos para su tratamiento e investigación, lo que se traduce en menores probabilidades de supervivencia, en dicho trabajo se utilizó el modelo de Virginia Henderson y la taxonomía NANDA, NOC y NIC para la identificación de diagnósticos prioritarios en los que se incluyeron: limpieza ineficaz de las vías respiratorias, deterioro de la integridad cutánea, exceso de volumen de líquidos y deterioro de la eliminación urinaria, y se ejecutaron intervenciones como: aspiración de las vías aéreas, cuidados de las heridas, manejo de la hipervolemia y manejo de la eliminación urinaria.

En un proceso enfermero de un paciente con falla renal aguda (FRA) originada por sepsis, se hace referencia que la falla multiorgánica en esta patología se presenta como consecuencia de diversas alteraciones a nivel sistémico ocasionadas por la hipoperfusión y la liberación de citotoxinas proinflamatorias de forma descontrolada. Se hace énfasis que las intervenciones de enfermería pueden prevenir o limitar el daño causado por el choque séptico y son clave fundamental para la rehabilitación del paciente. La implementación del proceso de enfermería se permite a los profesionales dar cuidados con fundamentación científica y basada en evidencia, en el mismo se desarrolló un plan de cuidados en las que se incluían intervenciones enfocadas al control de la temperatura, prevenciones de shock, valoración del flujo urinario, manejo del equilibrio ácido-básico y monitorización del estado hemodinámico (Debo, 2022).

En otro Proceso de enfermería se estable que el uso de métodos científicos aunado al pensamiento crítico de la enfermera ayuda a poder describir, explicar y fundamentar las intervenciones de enfermería y de esta manera determinar planes de cuidados basados en la respuesta-evolución del paciente, se identificaron los siguientes diagnósticos enfermeros: deterioro del intercambio de gases, riesgo de glucemia inestable, riesgo de infección e hipertermia, se emplearon las siguientes intervenciones: monitorización hemodinámica, control de infecciones, manejo del equilibrio acidobásico, control térmico así como otras orientadas a el control de complicaciones relacionadas a la enfermedad (Reynoso, 2021).

Mientras tanto en otro proceso de enfermería de un masculino de 63 años con choque séptico de origen pulmonar, se menciona que, a pesar del panorama poco alentador para los pacientes con choque séptico derivada de la alta mortalidad en la UCI, se pueden prevenir

complicaciones mediante el establecimiento inmediato del tratamiento que incluye el control de la infección, monitoreo hemodinámico, contención de fallas orgánicas y modulación de la respuesta inflamatoria, estableciendo así los siguientes diagnósticos enfermeros: disminución del gasto cardiaco, deterioro del intercambio de gases, protección ineficaz y termorregulación ineficaz; para los cuales se incluyeron intervenciones de enfermería orientadas a la intubación y estabilización de la vía aérea, regularización de la temperatura corporal y control de infecciones (Herrera, 2020).

En un proceso de enfermería de paciente con shock séptico con monitoreo hemodinámico se evidenció que los pacientes con alteraciones cardiacas se ven disminuidas las resistencias vasculares, el gasto cardiaco, así como de evidenciar datos de hipoperfusión por lo que el monitoreo hemodinámico permite dar pautas para la administración de cuidados mediante la determinación e interpretación de datos, en este proceso las intervenciones de enfermería se orientan a la monitorización neurológica, del patrón respiratorio, de las constantes vitales y del manejo de las vías aéreas artificiales así como del mantenimiento de la ventilación mecánica (Pino, 2017).

Existen diversas metodologías para realizar una valoración de enfermería, identificar necesidades y así establecer un plan de cuidados, para el presente trabajo se utilizará la taxonomía NANDA, NOC y NIC, partiendo de una valoración por Patrones Funcionales de Salud y valoración cefalocaudal, con la finalidad de identificar alteraciones del estado de salud y así poder dar un cuidado enfermero de calidad a partir de un juicio clínico.

### **Objetivo**

Diseñar un proceso de enfermería en un paciente con choque séptico con la finalidad de brindar cuidados especializados basados en la taxonomía de enfermería y en la mejor evidencia científica que contribuyan a recuperar el estado de salud y a evitar complicaciones.

## **Capítulo II**

### **Proceso de Enfermería**

#### **I. Valoración Inicial**

##### **a. Datos Generales**

BTG paciente femenino de 39 años, estado civil unión libre, nivel de escolaridad licenciatura en administración de empresas, ocupación como oficial de servicios administrativos en institución de salud pública, profesora religión católica, originaria de la ciudad de Puebla, residente de Atlixco, Puebla. Ingresó a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en hospital de tercer nivel de la misma entidad, con el diagnóstico de Choque séptico de origen abdominal/ falla multiorgánica (cardiovascular, respiratoria, renal) / pancreatitis aguda grave/ colangitis aguda severa/ PO CPRE fallida.

##### **b. Observación del Entorno**

Paciente se localiza en el servicio de UCI, en cubículo 12, la unidad dispone del equipo biomédico necesario para atender las necesidades de la paciente, el cual incluye monitor de signos vitales, ventilador mecánico, bombas de infusión, 2 tomas de oxígeno y una toma de succión, prisma, así como iluminación y ventilación, adecuada.

##### **c. Datos Históricos**

Refiere alergias y padecimiento crónico degenerativos negados, niega toxicomanías, múltiples intervenciones quirúrgicas de los 9-17 años para recesión de focos por endometriosis y ooforectomía izquierda por vía laparoscópica, ooforectomía derecha en 2018, histerectomía en 2020, apendicectomía + laparotomía exploratoria el 8/10/2022, esquema de vacunación para

COVID-19 3 dosis (2 Pfizer y 1 AstraZeneca respectivamente) tipo de sangre O+, carga genética para diabetes Mellitus II por parte de ambas líneas paternas.

#### **d. Datos Actuales**

Refiere iniciar con padecimiento actual el día 6/10/22 con presencia de dolor abdominal periumbilical que irradia a zona de fosa iliaca derecha, el día 8/10/22 se realiza apendicetomía en Atlixco, Puebla; donde es egresada por mejoría, posterior al alta médica a los 5 días reincide con dolor en región abdominal con aumento de la intensidad 9/10 en la escala de ENA a la palpación en hipocondrio derecho, se presentan náuseas y vómitos de contenido gastro biliar; acude a otro hospital de segundo nivel en la ciudad de Puebla, donde se añade ictericia generalizada, hipertermia de 38.8 C, coluria e intolerancia a la vía oral, se otorga diagnostico medico de colecistitis crónica litiásica, coledocolitiasis y probable colangitis, se procede a realizar CPRE el día 18/10/22 en la cual se realiza sin éxito y es referida a unidad de tercer nivel.

Ingresa al servicio de cirugía general el día 19 de octubre de 2022 con los diagnósticos médicos de Pancreatitis aguda post CPRE/ coledocolitiasis/ PO apendicectomía + laparotomía; con los siguientes signos vitales TA 130/80 mm/Hg, presión arterial media (PAM) de 96 mm/Hg, frecuencia cardiaca (FC) de 110 latidos por minuto, frecuencia respiratoria (FR) 22 respiraciones por minuto, temperatura de 36.9 C, Sat O2 93% sin oxígeno suplementario, a la exploración se encuentra con Glasgow 15/15 puntos (Apéndice C), pupilas isocorias 2mm, normo reactivas, orientada, cooperadora, afebril, mucosas semi hidratadas, sonda nasogástrica (SNG) a derivación con gasto de 50cc en 24 horas de aspecto gastro biliar, sin compromiso cardiorrespiratorio, persiste dolor abdominal 9/10 en escala de ENA, abdomen timpánico a la percusión y movimientos peristálticos presentes, sitio quirúrgico en línea media abdominal supra e infra

umbilical con bordes afrontados y ligero exudado serohemático, llenado capilar retardado y datos de lesión renal aguda, diuresis de 120cc en 24 horas.

Paciente con datos de inestabilidad hemodinámica, se solicita interconsulta a servicio de UCI, durante la cual la paciente se encuentra con glasgow 15/15, pupilas isocóricas de 2mm normo reactivas, reflejos craneales y periféricos presentes, SNG a derivación con pérdidas de aspecto gastro biliar, pericardio sin compromiso, adecuada intensidad, sin soplos, sin apoyo de vasopresor, a la auscultación con hipoventilación, apoyo de oxígeno suplementario por puntas nasales a 3 lpm, distensión abdominal con dolor a la palpación profunda y media, peristalsis disminuida, herida quirúrgica en región media abdominal con bordes bien afrontados, exudado leve de características serohemáticas, se observan datos de hipertensión intraabdominal, se inicia monitoreo de presión intrabdominal (PIA) por catéter intravesical con resultado de 59 mmHg, se realiza ultrasonido de hígado y vías biliares, en el cual se observa liquido en cavidad a nivel peri-hepático y peri-esplénico, en ambos espacios sub-diafragmaticos y espacio pararrenal derecho, se solicita tiempo quirúrgico de urgencia, se realiza laparotomía exploratoria donde se drena liquido inflamatorio abdominal 680ml aspecto café oscuro y fétido, se toman muestras para cultivo, se coloca drenaje en hueco pélvico y sub-hepatico de tipo saratoga, postoperatorio inmediato con datos de inestabilidad hemodinámica y de falla multiorgánica, ingresa al servicio a UCI.

## II. Entrevista por Patrones Funcionales de Salud

### 1. Patrón percepción-manejo de salud.

Paciente con sobre peso, se niegan enfermedades crónico-degenerativas, alergias y toxicomanías, ingresa a la unidad de cuidados intensivos el día 21 de octubre de 2022 con datos de inestabilidad hemodinámica y de dificultad respiratoria, con apoyo ventilatorio mecánico, apoyo de vasopresor.

### 2. Patrón nutricional-metabólico.

Paciente BTG con peso de 63 kilos, talla de 1.46 m, índice de masa corporal (IMC) 29.6, indicando sobrepeso. Permanece en ayuno, glicemia capilar de 169mg/dl, SNG 16 Fr a derivación con pérdidas gastro biliares de 30 ml en 24 hrs, godet ++.

### 3. Patrón eliminación.

Paciente con lesión renal aguda AKIN III (apéndice D) en tratamiento de terapia de remplazo renal continua (TRRC) modalidad de hemodiafiltración veno-venosa continua (HFVVC) programado a extracción de 60 ml/hr, mediante catéter mahurkar de 8 Fr de inserción por arteria femoral izquierda, con sonda vesical no. 16 Fr globo de 10 cm, uresis de 100 ml en 24 hrs, gasto urinario (GU) de 0.06 ml/kg/hr, de color amarillo concentrado sin sedimentos.

### 4. Patrón actividad- ejercicio.

Paciente en posición semi fowler, bajo sedo-analgésia, con apoyo ventilatorio mecánico mediante cánula oro-traqueal no. 7.5 Fr fijado a 22 cm de arcada dentaria (AD) en comisura labial izquierda, con balón de neumotaponamiento a 30 mmHg, ventilador en modalidad de ventilación asisto-control (ACV) con los siguientes parámetros Vt 330ml, FR 14 rpm, FiO2 50%, PEEP 5, trigger 3, Ppico 12cmH2O, P media de 8, Vte 39, relación EI 1:2. Hemitórax con murmullo

vesicular presente son estertores audibles, escasas secreciones por tráquea y cavidad oral de aspecto hialino, sin reflejo tusígeno.

5. *Patrón sueño-descanso.*

Paciente bajo sedo- analgesia con dexmedetomidina, propofol y buprenorfina

6. *Patrón cognitivo-perceptual.*

Paciente bajo sedo-analgesia profunda para mantener Escala de Sedación Agitación de Richmond (RASS) -5 (Apéndice E), con lo que se mantiene CPOT (Apéndice F) de 0. Pupilas isocóricas 2mm hiporeactivas.

7. *Patrón autopercepción-autoconcepto.*

Patrón no valorable, paciente bajo sedo analgesia profunda.

8. *Patrón rol-relaciones.*

Paciente madre de familia, cuidadora principal de su hijo de 10 años y económicamente activa, ayuda con gastos del hogar y a sus padres ya que son adultos mayores, actualmente con restricción de visitas al encontrarse en UCI bajo sedo-analgesia profunda lo que limita la interacción.

9. *Patrón sexualidad-reproducción.*

Se desconoce edad de menarca de la paciente, con antecedente de múltiples intervenciones quirúrgicas de los 9-17 años para recesión de focos por endometriosis y ooforectomía izquierda por vía laparoscópica, ooforectomía derecha en 2018, histerectomía en 2020, se conoce que solo ha estado embarazada una vez, resto de información se desconoce.

10. *Patrón adaptación-tolerancia al estrés.*

La Patrón no valorable, paciente bajo sedo analgesia profunda.

### *11. Patrón valores-creencias.*

Patrón no valorable, paciente bajo sedo analgesia profunda.

### **III. Valoración Cefalocaudal**

**Cabeza y cara:** Normo cefálico, buena implantación de cuero cabelludo, simetría facial y craneal, pupilas isocóricas hiporeactivas 2mm, se mantiene bajo sedación con Rass de -5 con dexmedetomidina, SNG 16Fr a derivación con pérdidas gastro biliares escasas, bajo apoyo ventilatorio mecánico modo ACV con tubo endotraqueal # 7.5 a 22 cm de la arcada dentaria, globo de neumotaponamiento a 30 mmHg, ventilador en modalidad de ventilación asisto-control (ACV) con los siguientes parámetros Vt 330ml , FR 14 rpm, T insp , FiO2 50%, PEEP 5, trigger 3, Ppico 12cmH2O, P media de 8, Vte 39, relación EI 1:2, cavidad oral con mucosas ligeramente deshidratadas, piezas dentarias completas, a la aspiración escasas secreciones por tubo y boca de aspecto hialino, ausencia de reflejo nauseoso.

**Cuello:** Cilindro, simétrico, presencia de pulsos carotídeos, sin presencia de adenomegalias tráquea alineada, con catéter venoso central funcional de 7 Fr de tres lúmenes en vena subclavia izquierda para administración de medicamentos e infusiones, cubierto con apósito transparente con almohadilla de clorhexidina, no se observan datos de infección. Catéter Swan-Ganz con sitio de inserción de vena subclavia derecha.

**Tórax:** con expansión simétrica, hemitórax con murmullo vesicular presente sin estertores audibles, ritmo sinusal por telemetría, hemodinámicamente inestable con datos de falla cardiaca, con soporte de doble vasopresor a base de norepinefrina a dosis de 0.15 mcg/kg/h y vasopresina a 0.03UI/h; e inotrópico a base de dobutamina a dosis 5 mcg/kg/h, a reducción manteniendo PAM perfusoria, con parámetros hemodinámicos mediante termo-dilución intrapulmonar; gasto

cardiaco (GC) 4.3, índice cardiaco (IC) 2.5, presión de oclusión de la arteria pulmonar (POAP) 13, presión venosa central (PVC) 11 mmHg, resistencias vasculares sistémicas (RVS) 1087 dinas, índice de resistencias vasculares sistémicas (IRVS) 1848 dinas.

**Abdomen:** blando, distendido, a expensas de panículo adiposo, herida quirúrgica en línea media abdominal con bordes afrontados, sin datos de sangrado activo, con exudado a nivel de tercio medio de aspecto café oscuro y fétido con gasto de 560 ml en 24 hrs, peristalsis disminuida, PIA 19 mmHg, Saratoga con gasto de 30 ml en 24 horas de aspecto café oscuro.

**Genitales:** íntegros, en anuria con lesión renal aguda AKIN III en tratamiento de terapia de remplazo renal continua (TRRC) modalidad de hemodiafiltración veno-venosa continua (HFVVC) programado a extracción de 60 ml/hr, mediante catéter mahurkar de 8 Fr de inserción por arteria femoral izquierda, con sonda vesical no. 16 Fr globo de 10 cm, uresis de 100 ml en 24 hrs, gasto urinario (GU) de 0.06 ml/kg/hr, de color amarillo concentrado sin sedimentos, sin presencia de evacuación en 24 horas.

**Extremidades:** Integras, simétricas, en miembro torácico derecho con acceso de arteria radial para monitorización de presión arterial invasiva, Braden (Apéndice G) de 12 puntos, signo de godet ++, Mottling 0, llenado capilar de retardado, con tenencia a la hipotermia al tacto.

**Signos vitales:** TA101/62 mmHg, PAM 75 mmHg. FC 87 lpm, FR 20 rpm, SPO2 95%, T 33.8c

#### IV. Resultados Auxiliares de Diagnóstico

**Tabla 1:** Estudios de laboratorio: Gasometría arterial

Indicador	PH	PO2	PCO2	HC03	SATO2	Lactato
Resultados	7.35	57mmHg	28mmHg	16.2mmol/L	91%	3.5 mmol/L
Interpretación	Acidosis metabólica compensada					

Fuente: Expediente clínico de la paciente B.T.G

**Tabla 2:** Estudios de laboratorio.

	Laboratorio	Resultado	Valor de referencia
Biometría hemática	Hemoglobina (Hb)	9.4	12-18 g/dl
	Hematocrito (Htc)	29	37-53%
	Leucocitos	29	4.60-10.20 10 <sup>3</sup> /UI
	Plaquetas	410	142/424 miles/ Ál
Química sanguínea	Glucosa	116	74-106 mg/dl
	Urea	94	16.60-48.50 mg/dl
	BUN	44	8-23 mg/dl
	Creatinina	2.84	0.50-1.20 mg/dl
Perfil hepático	Bilirrubina total	18.3	0.30-1.20 mg/dl
	Bilirrubina directa	11.69	0.00-0.20
	Bilirrubina indirecta	6.63	0.00-0.90
	Deshidrogenasa láctica (HDL)	2878	120-246 UI/L
	Aspartato aminotransferasa (AST)	248	15-40 UI/L

	Alanina aminotransferasa (ATL)	246	0-34 UI/L
Tiempos de coagulación	TP	13.9	10-15 seg
	TTP	29.4	40-45 seg
	INR	1.21	0.8-1.2
Electrolitos séricos	Sodio (Na)	141	135-145 mmol/L
	Potasio (K)	4	3.50-5.50 mmol/L
	Cloro (Cl)	109	98-110 mmol/L

Fuente: Expediente clínico de la paciente B.T.G.

**Tabla 3.** Ultrasonido hígado y de vías biliares

Ultrasonido hígado y de vías biliares	Hígado de morfología, tamaño y situación habituales con ecogenicidad aumentada, colédoco de 6 mm, vesícula biliar 54x15x32 mm volumen de 14 cm de contenido anecoico, pared de 2.7 cm, páncreas con ecogenicidad disminuida en cabeza y cuerpo, liquido en cavidad con predominio peri hepático y peri esplénico, ambos espacios sub-diafragmaticos y en espacio pararenal derecho,
20 octubre de 2022	se concluye proceso inflamatorio pancreático, dilatación de la vía biliar extrahepática sin evidencia de proceso obstructivo y liquido libre en cavidad.

Fuente: Expediente clínico de la paciente B.T.G.

**Tabla 4.** Terapia de infusión

<b>Infusión</b>	<b>Velocidad</b>	<b>Inicio</b>
Solución dextrosa 50%	8ml/h	13 hr
Buprenorfina 600mcg en 100 ml de solución fisiológica 0.09%	4.1 ml/h	13 hr
Dexmedetomidina 400mcg en 100 ml de solución fisiológica 0.09% dosis respuesta (DR)	12 ml/h	12 hr
Norepinefrina 16 mg en 100 ml de solución fisiológica 0.09%	16ml/hr	13hr
Vasopresina 40UI en 100 ml de solución fisiológica 0.09%	5ml/hr	06hr
Dobutamina 250mg en 100 ml de solución glucosada 5% DR	5ml/hr	06hr
Propofol 2 gr sin diluir	4ml/hr	09hr
Hidrocortisona 200 mg en 100 ml de solución fisiológica 0.09%	4ml/hr	13hr

Fuente: Expediente clínico de la paciente B.T.G.

**Tabla 5.** Terapia farmacológica

<b>Fármaco</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Horario</b>
Metamizol 1gr IV	c/8hr	8hr-16hr-24hr
Omeprazol 40 mg IV	c/24 hr	12 hr
Meropenem 1gr IV	c/12 hr	12hr-24 hr
Vitamina K 20 mg IV	c/24 hr	12hr
Gluconato de calcio 1gr IV	c/6hr	6hr-12hr-18hr-24hr
Metronidazol 500 mg IV	c/12 hr	06hr-18hr
Fluconazol 200 mg IV	c/12 hr	12hr-24hr

Albumina al 25% 1 frasco	c/6 hr	6hr-12hr-18hr-24hr
Hipromelosa 1 gts oftálmico	c/4 hr	4 hr-8 hr-12 hr-16 hr-24 hr

---

Fuente: Expediente clínico de la paciente B.T.G.

### Registro de Diagnósticos de Enfermería

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Clase 4: Función respiratoria

Diagnóstico de Enfermería 1: **Deterioro del intercambio de gases** *relacionado con* desequilibrio de la ventilación-perfusión *evidenciado por* hipoxemia, hipercapnia, patrón respiratorio anormal.

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares

Diagnóstico de Enfermería 2: **Disminución del gasto cardiaco** *relacionado con* alteración de la contractibilidad *evidenciado por* disminución del gasto cardiaco, disminución del índice cardiaco, llenado capilar prolongado, oliguria.

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Clase2: Función gastrointestinal

Diagnóstico de Enfermería 3: **Motilidad gastrointestinal disfuncional** *relacionado con* disminución de la circulación gastrointestinal, infección, deterioro de la movilidad *evidenciada por* cambios en los ruidos intestinales, incremento en el residuo gástrico, abdomen distendido.

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares

Diagnóstico de Enfermería 4: **Perfusión tisular periférica ineficaz** *relacionado con* conocimiento insuficiente sobre el proceso de la enfermedad *evidenciado por* alteración del funcionamiento motor, alteración en las características de la piel, tiempo de llenado capilar > 3 segundos, edema.

### Plan de Cuidados de Enfermería 1

<b>Diagnóstico de Enfermería NANDA *</b>	<b>Dominio:</b> 3 Eliminación e intercambio <b>Clase:</b> 4 Función respiratoria <b>Deterioro del intercambio de gases</b> <i>relacionada con</i> desequilibrio en la ventilación- perfusión <i>evidenciado por</i> hipoxemia, hipercapnia, patrón respiratorio anormal			
<b>Intervenciones de Enfermería NIC** Guía de Práctica Clínica****</b>	<p>Campo: 2. Fisiológico: Complejo.          Clase: K. Control respiratorio.          Intervención: <b>Manejo del equilibrio ácido básico.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener vía área permeable.</li> <li>• Monitorización de las tendencias de pH arterial, PaO<sub>2</sub>, PaCO<sub>2</sub> y HCO<sub>3</sub> para determinar en concreto el tipo de desequilibrio y los mecanismos fisiológicos descompensadores presentes.</li> <li>• Monitorizar la gasometría arterial, niveles de electrolitos séricos y urinarios.</li> <li>• Monitorizar las complicaciones de las correcciones de los desequilibrios acidobásicos.</li> <li>• Monitorizar patrón respiratorio.</li> <li>• Monitorizar los determinantes del aporte tisular de oxígeno (PaO<sub>2</sub>, Sat O<sub>2</sub>, niveles de hemoglobina y gasto cardiaco).</li> <li>• Monitorizar síntomas de insuficiencia respiratoria (niveles de PaO<sub>2</sub> bajo, PaCO<sub>2</sub> elevados, fatiga de músculos respiratorios).</li> <li>• Monitorización del estado hemodinámico.</li> <li>• Proporcionar una reposición de los volúmenes normales de líquidos.</li> <li>• Sedar al paciente para evitar la hiperventilación.</li> </ul>			
<b>Evaluación NOC****</b>	<b>Resultado Esperado</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Evaluación</b>
	<b>Estado respiratorio: intercambio gaseoso.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presión parcial de oxígeno en la sangre arterial (PaO<sub>2</sub>) (3) (4)</li> <li>• Presión parcial de dióxido de carbono en la sangre arterial (PaCO<sub>2</sub>) (3) (4)</li> </ul>	1.-Desviación grave del rango normal 2.-Desviación sustancial del rango normal 3.- Desviación moderada del rango normal 4.-Desviación leve del rango normal	Puntuación Basal: Raramente demostrado. (3) Puntuación Diana: Siempre demostrado. (4)

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• pH arterial (5) (5)</li> <li>• Saturación de oxígeno (3) (4)</li> <li>• Equilibrio entre la ventilación y perfusión (4) (5)</li> </ul>	5.- sin desviación del rango normal	Puntuación Cambio: 1
<p>*Heather, H. y Kamitsuru, S. (2019). Diagnósticos Enfermeros (2018-2020): Definiciones y Clasificación. NANDA Internacional Edición Hispanoamericana. 11ª Ed. Elsevier: España.</p> <p>**Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. y Wagner, C.M. (2019). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) [6ª Ed.]. Elsevier: España.</p> <p>***Moorhead, S., Swazon, E., Johnson, M., y Maas, M. (2019). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) [5ª Ed.]. Elsevier: España.</p> <p>***** Guía de Práctica Clínica:</p>				

*Tomado de: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor y Morales-Espinoza (2010), Actualización: Villegas-Velázquez, Morales-Castillo y Torres-Reyes (2020), Galicia y Ramos (2014)*

*Actualizo y Adecuación: MCE. Rosa Maria Galicia Aguilar; ME. Alejandro Torres Reyes; ME. Francisco Adrian Morales Castillo, ME. Adrian Rosalia González Hernández; ME. Miguel Angel Zenteno López (2022, Coordinado: DCE. Francisco Javier Báez Hernández*

## Plan de Cuidados de Enfermería 2

<b>Diagnóstico de Enfermería NANDA *</b>	<p><b>Dominio:</b> 4 Actividad / reposo  <b>Clase:</b> 4 Respuestas cardiovasculares/ pulmonares  <b>Disminución del gasto cardiaco</b> <i>relacionado con</i> alteración de la contractibilidad <i>evidenciado por</i> disminución del gasto cardiaco, disminución del índice cardiaco, llenado capilar prolongado, oliguria.</p>			
<b>Intervenciones de Enfermería NIC** Guía de Práctica Clínica***</b>	<p>Campo: 2. Fisiológico: Complejo.  Clase: N. Control de la perfusión tisular  Intervención: Manejo de shock: cardiaco.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar si hay signos y síntomas de bajo gasto cardiaco.</li> <li>• Auscultar sonidos pulmonares para ver si hay crepitantes u otros sonidos adventicios.</li> <li>• Observar si hay datos de perfusión arterial coronaria inadecuada.</li> <li>• Controlar y evaluar datos de hipoxia tisular (niveles séricos de lactato)</li> <li>• Mantener la precarga optima por medio de administración de líquidos IV.</li> <li>• Administrar medicamentos inotrópicos.</li> <li>• Promover la perfusión adecuada de sistemas orgánicos (mediante la reanimación con líquidos y /o vasopresores para mantener la presión arterial media &gt;60 mmHg).</li> </ul>			
<b>Evaluación NOC***</b>	Resultado Esperado	Indicadores	Escala de medición	Evaluación
	<b>Perfusión tisular: cardíaca.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia cardiaca apical (4) (5)</li> <li>• Presión sanguínea sistólica (2) (3)</li> <li>• Presión sanguínea diastólica (3) (4)</li> <li>• Presión arterial media (2) (4)</li> <li>• Índice cardiaco (2) (3)</li> </ul>	1.-Desviacion grave del rango normal 2.-Desviación sustancial del rango normal 3.- Desviación moderada del rango normal 4.-Desviación leve del rango normal 5.- Sin desviación del rango normal	Puntuación Basal: Desviación sustancial del rango normal (2)
				Puntuación Diana: Desviación moderada del rango normal (3)
				Puntuación Cambio: 1

\*Heather, H. y Kamitsuru, S. (2019). Diagnósticos Enfermeros (2018-2020): Definiciones y Clasificación. NANDA Internacional Edición Hispanoamericana. 11ª Ed. Elsevier: España.  
\*\*Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. y Wagner, C.M. (2019). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) [6ª Ed.]. Elsevier: España.  
\*\*\*Moorhead, S., Swazon, E., Johnson, M., y Maas, M. (2019). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) [5ª Ed.]. Elsevier: España.  
\*\*\*\*\* Guía de Práctica Clínica:

*Tomado de: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor y Morales-Espinoza (2010), Actualización: Villegas-Velázquez, Morales-Castillo y Torres-Reyes (2020), Galicia y Ramos (2014)*  
*Actualizo y Adecuación: MCE. Rosa Maria Galicia Aguilar; ME. Alejandro Torres Reyes; ME. Francisco Adrian Morales Castillo, ME. Adrian Rosalia González Hernández; ME. Miguel Angel Zenteno López (2022, Coordinado: DCE. Francisco Javier Báez Hernández*

### Plan de Cuidados de Enfermería 3

<b>Diagnóstico de Enfermería</b> <b>NANDA *</b>	<b>Domino:</b> 3 Eliminación e intercambio. <b>Clase:</b> 2 Función gastrointestinal. <b>Motilidad gastrointestinal disfuncional</b> <i>relacionado con</i> disminución de la circulación gastrointestinal, infección, deterioro de la movilidad <i>evidenciada por</i> cambios en los ruidos intestinales, incremento en el residuo gástrico, abdomen distendido.			
<b>Intervenciones de Enfermería</b> <b>NIC**</b> <b>Guía de Práctica Clínica***</b>	<b>Campo:</b> 2. Fisiológico: Complejo. <b>Clase:</b> N. control de la perfusión tisular <b>Intervención:</b> Regulación hemodinámica. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar una evaluación exhaustiva del estado hemodinámico (comprobar presión arterial, frecuencia cardiaca, pulsos, presión venosa central)</li> <li>• Determinar el estado de perfusión.</li> <li>• Monitorizar la presencia de signos y síntomas de problemas del estado de perfusión.</li> <li>• Auscultar ruidos cardiacos.</li> <li>• Comprobar y registrar la presión arterial, la frecuencia y el ritmo cardiaco, y los pulsos.</li> <li>• Monitorizar las resistencias vasculares sistémicas.</li> <li>• Monitorizar el gasto y el índice cardiacos.</li> <li>• Monitorizar efectos de la medicación.</li> <li>• Observar pulsos periféricos, llenado capilar, la temperatura y el color de las extremidades.</li> <li>• Monitorizar los niveles de electrolíticos.</li> <li>• Vigilar las entradas y salidas, la diuresis y el peso del paciente.</li> </ul>			
<b>Evaluación</b> <b>NOC***</b>	<b>Resultado Esperado</b>  <b>Perfusión tisular: órganos abdominales.</b>	<b>Indicadores</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presión arterial media (4) (5)</li> <li>• Diuresis (2) (3)</li> <li>• Equilibrio electrolítico y acido base (2) (3)</li> <li>• Ruidos intestinales (2) (3)</li> <li>• Creatinina plasmática (2) (3)</li> </ul>	<b>Escala de medición</b>  1.-Desviacion grave del rango normal 2.-Desviación sustancial del rango normal 3.- Desviación moderada del rango normal	<b>Evaluación</b>  Puntuación Basal: desviación sustancial del rango normal (2)  Puntuación Diana: Desviación moderada del rango normal (3)

			4.-Desviación leve del rango normal 5.- sin desviación del rango normal	Puntuación 1
<p>*Heather, H. y Kamitsuru, S. (2019). Diagnósticos Enfermeros (2018-2020): Definiciones y Clasificación. NANDA Internacional Edición Hispanoamericana. 11ª Ed. Elsevier: España.</p> <p>**Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. y Wagner, C.M. (2019). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) [6ª Ed.]. Elsevier: España.</p> <p>***Moorhead, S., Swazon, E., Johnson, M., y Maas, M. (2019). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) [5ª Ed.]. Elsevier: España.</p> <p>***** Guía de Práctica Clínica:</p>				

*Tomado de: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor y Morales-Espinoza (2010), Actualización : Villegas-Velázquez, Morales-Castillo y Torres-Reyes (2020), Galicia y Ramos (2014)*

*Actualizo y Adecuación: MCE. Rosa Maria Galicia Aguilar; ME. Alejandro Torres Reyes; ME. Francisco Adrian Morales Castillo, ME. Adrian Rosalia González Hernández; ME. Miguel Angel Zenteno López (2022, Coordino: DCE. Francisco Javier Báez Hernández*

### Plan de Cuidados de Enfermería 4

<b>Diagnóstico de Enfermería NANDA *</b>	<p><b>Dominio:</b> 4 actividad / reposo  <b>Clase:</b> 4 Respuestas cardiovasculares/ pulmonares  <b>Perfusión tisular periférica ineficaz</b> <i>relacionado con</i> conocimiento insuficiente de la enfermedad <i>evidenciado por</i> alteración del funcionamiento motor, alteración en las características de la piel, llenado capilar &gt; 3 segundos, edema.</p>			
<b>Intervenciones de Enfermería NIC** Guía de Práctica Clínica***</b>	<p>Campo: 2. Fisiológico: Complejo.  Clase: N. Control de la perfusión tisular.  Intervención: <b>Manejo del shock.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorización de los signos vitales, presión arterial, estado mental y diuresis.</li> <li>• Vigilar la pulsioximetría.</li> <li>• Controlar el ECG.</li> <li>• Controlar las tendencias a los parámetros hemodinámicos.</li> <li>• Vigilar los factores determinantes del aporte de oxígeno tisular.</li> <li>• Vigilar valores de laboratorio</li> <li>• Administrar vasopresores.</li> <li>• Monitorizar estado de hidratación.</li> <li>• Administración de terapia de sustitución renal continua.</li> <li>• Realizar sondaje nasogástrico para la aspiración y monitorizar secreciones.</li> </ul>			
<b>Evaluación NOC***</b>	Resultado Esperado	Indicadores	Escala de medición	Evaluación
	<b>Perfusión tisular.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flujo de sangre a través de la vascularización renal (1) (3)</li> <li>• Flujo de sangre a través de la vascularización gastrointestinal. (1) (3)</li> <li>• Flujo de sangre a través de la vascularización esplénica. (2) (3)</li> <li>• Vascularización a través de los</li> </ul>	1.-Desviación grave del rango normal 2.-Desviación sustancial del rango normal 3.- Desviación moderada del rango normal 4.-Desviación leve del rango normal 5.- sin desviación del rango normal	Puntuación Basal: Raramente demostrado. (1) Puntuación Diana: Siempre demostrado. (3) Puntuación Cambio: 2

		vasos periféricos. (1) (3)		
<p>*Heather, H. y Kamitsuru, S. (2019). Diagnósticos Enfermeros (2018-2020): Definiciones y Clasificación. NANDA Internacional Edición Hispanoamericana. 11ª Ed. Elsevier: España.</p> <p>**Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. y Wagner, C.M. (2019). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) [6ª Ed.]. Elsevier: España.</p> <p>***Moorhead, S., Swazon, E., Johnson, M., y Maas, M. (2019). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) [5ª Ed.]. Elsevier: España.</p> <p>***** Guía de Práctica Clínica:</p>				

*Tomado de: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor y Morales-Espinoza (2010), Actualización: Villegas-Velázquez, Morales-Castillo y Torres-Reyes (2020), Galicia y Ramos (2014)*

*Actualizo y Adecuación: MCE. Rosa Maria Galicia Aguilar; ME. Alejandro Torres Reyes; ME. Francisco Adrian Morales Castillo, ME. Adrian Rosalia González Hernández; ME. Miguel Angel Zenteno López (2022, Coordinado: DCE. Francisco Javier Báez Hernández*

**Valoración Continua día II (22 de octubre de 2022)**

B.T.G continua en UCI cubículo 12, paciente grave en post operatorio inmediato de laparotomía descompresiva por síndrome compartimental abdominal, con notable disminución de PIA, se logra disminuir vasopresores e inotrópicos y mantener PAM en parámetros perfusores, a nivel respiratorio aún permanece con ventilación mecánica con mayores requerimientos de oxígeno, a nivel renal con parámetros estacionarios, continua con TRRC, se observan un ascenso de bilirrubinas, así, como la disminución de hemoglobina que amerita transfusión sanguínea, se programa tiempo quirúrgico para derivación de la vía biliar.

En tiempo quirúrgico se realiza derivación externa de vía biliar+ colecistectomía parcial+ empaquetamiento, en transoperatorio se observa edema generalizado, retroperitoneo con hematoma no expansivo, parches necróticos hacia raíz de mesenterio, tejido pancreático con extensa necrosis, cístico corto y puntiforme, se drena ascitis, se realiza colecistectomía subtotal y se realiza disección de colédoco comprimido por tejido necrótico de páncreas, se coloca sonda en T, con hemorragia (1000 ml) en capa que amerita empaquetamiento (una compresa) en espacio de Morrison, se procede a suturar por planos y se fija sonda en T, se transfunde un paquete globular en sala, se valora desempaquetamiento de acuerdo a evolución clínica de paciente en un lapso de 48-72 hr.

## Valoración Cefalocaudal

**Cabeza y cara:** Normo-cefálico, simetría facial y craneal, pupilas isocóricas hiporeactivas 2mm, se observa ictericia generalizada, se mantiene bajo sedación con Rass de -5 con dexmedetomidina, buprenorfina y propofol, SNG 16Fr a derivación con pérdidas gastro biliares 10 ml en 8 hrs, bajo apoyo ventilatorio mecánico modo ACV con tubo endotraqueal # 7.5 a 22 cm de la arcada dentaria, globo de neumotaponamiento a 30 mmHg, ventilador en modalidad de ventilación asisto-control (ACV) con los siguientes parámetros P insp 13, , FR 18 rpm, T insp 1. , FiO2 70%, PEEP 9, trigger 2, Ppico 22cmH2O, P media de 14, Vte 482. relación EI 1:2 cavidad oral con mucosas ictericas, piezas dentarias completas, a la aspiración escasas secreciones por tubo y boca de aspecto hialino, ausencia de reflejo nauseoso.

**Cuello:** Cilindro, simétrico, presencia de pulsos carotideos simétrico, sin presencia de adenomegalias tráquea alineada, con catéter venosos central funcional de 7 Fr de tres lúmenes en vena subclavia izquierda para administración de medicamentos, infusiones y hemoderivados, cubierto con apósito transparente con almohadilla de clorhexidina, no se observan datos de sangrado o infección. Catéter Swan-Ganz con sitio de inserción de vena subclavia derecha.

**Tórax:** con expansión simétrica en cada ventilación, hemitórax con murmullo vesicular presente sin estertores audibles, ritmo sinusal por telemetría, hemodinámicamente inestable, con soporte de doble vasopresor a base de norepinefrina a dosis de 0.01 mcg/kg/h y vasopresina a 0.02 UI/h; e inotrópico a base de dobutamina a dosis 3 mcg/kg/h, a reducción manteniendo PAM perfusoria

**Abdomen:** permanece en ayuno, glicemia capilar de 150 mg/dl, a la exploración física abdomen blando, distendido, a expensas de panículo adiposo, herida quirúrgica en línea media abdominal supra e infra abdominal con bordes afrontados, sin datos de sangrado activo, con exudado escaso a nivel de tercio medio de aspecto cafe oscuro y fétido, peristalsis disminuida, PIA 11 mmHg, Saratoga con gasto de 10 ml en 8 horas de aspecto cafe oscuro.

**Genitales:** íntegros, en anuria con lesión renal aguda AKIN III en tratamiento de terapia de remplazo renal continua (TRRC) modalidad de hemodiafiltración veno-venosa continua (HFVVC) programado a extracción de 40 ml/hr sin heparina, mediante catéter mahurkar de 8 Fr de inserción por arteria femoral izquierda, con sonda vesical no. 16 Fr globo de 10 cm, uresis de 80 ml en 8 hrs, gasto urinario (GU) de 0.15 ml/kg/hr, de color amarillo concentrado sin sedimentos, sin presencia de evacuación.

**Extremidades:** Integras, simétricas, en miembro torácico derecho con acceso de arteria radial para monitorización de presión arterial invasiva, escala de Braden de 12 puntos, signo de godet ++, escala de mottling 0, llenado capilar de retardado, con tenencia a la hipotermia al tacto.

**Constantes vitales:** TA116/ 57mmHg, PAM 91 mmHg. FC 65 lpm, FR 18 rpm, SPO2 96%, T 34.5c

#### IV. Resultados Auxiliares de Diagnóstico

**Tabla 6:** Estudios de laboratorio: Gasometría arterial

Indicador	PH	PO2	PCO2	HCO3	PAFI	Lactato
Resultados	7.39	72mmHg	46mmHg	28 mEqL	103	1.5 mmol/L
Interpretación	Acidosis respiratoria compensada					

Fuente: Expediente clínico de la paciente B.T.G

**Tabla 7:** Estudios de laboratorio.

	Laboratorio	Resultado	Valor de referencia
Biometría	Hemoglobina (Hb)	6.43	12-18 g/dl
hemática	Hematocrito (Htc)	18.14	37-53%
	Leucocitos	29.23	4.60-10.20 $10^3/Ul$
	Plaquetas	192	142/424 miles/ Ál
	Linfocitos	4	20-30%
	Neutrófilos	22.5	1.070-6.470 $10^3/Ul$
Química	Glucosa	142	74-106 mg/dl
sanguínea	Urea	47	16.60-48.50 mg/dl
	BUN	22	8-23 mg/dl
	Creatinina	1.79	0.50-1.20 mg/dl
Perfil hepático	Bilirrubina total	18.3	0.30-1.20 mg/dl
	Bilirrubina directa	12.19	0.00-0.20
	Bilirrubina indirecta	6.63	0.00.0.90
	Deshidrogenasa láctica (HDL)	2235	120-246 UI/L
	Aspartato aminotransferasa (AST)	308	15-40 UI/L
	Alanina aminotransferasa (ATL)	177	0-34 UI/L
Tiempos de coagulación	TP	12.9	10-15 seg
	TTP	68.7	40-45 seg
	INR	1.12	0.8-1.2

Electrolitos	Sodio (Na)	128	135-145 mmol/L
séricos	Potasio (K)	3.3	3.50-5.50 mmol/L
	Cloro (Cl)	106	98-110 mmol/L

Fuente: Expediente clínico de la paciente B.T.G.

**Tabla 8.** Terapia de infusión

Infusión	Velocidad	Inicio
Solución dextrosa 50%	8ml/h	13 hr
Buprenorfina 600mcg en 100 ml de solución fisiológica 0.09%	4.1 ml/h	13 hr
Dexmedetomidina 400mcg en 100 ml de solución fisiológica 0.09% dosis respuesta (DR)	12 ml/h	05 hr
Norepinefrina 16 mg en 100 ml de solución fisiológica 0.09%	16ml/hr	13hr
Vasopresina 40UI en 100 ml de solución fisiológica 0.09%	5ml/hr	09hr
Dobutamina 500mg en 250 ml de solución glucosada 5% DR	5ml/hr	06hr
Propofol 2 gr sin diluir	5ml/hr	11hr
Hidrocortisona 200 mg en 100 ml de solución fisiológica 0.09%	4ml/hr	13hr

Fuente: Expediente clínico de la paciente B.T.G.

**Tabla 9.** Terapia farmacológica

Fármaco	Frecuencia	Horario
Metamizol 1gr IV	c/8hr	8hr-16hr-24hr
Omeprazol 40 mg IV	c/24 hr	12 hr

Meropenem 1 gr IV	c/12 hr	12hr-24 hr
Vitamina K 20 mg IV	c/24 hr	12hr
Gluconato de calcio 1 gr IV	c/6hr	6hr-12hr-18hr-24hr
Fluconazol 200 mg IV	c/12 hr	12hr-24hr
Albumina al 25% 1 frasco	c/6 hr	6hr-12hr-18hr-24hr
Hipromelosa 1 gts oftálmico	c/4 hr	4 hr-8 hr-12 hr-16 hr-24 hr
Gluconato de Calcio 2gr	Dosis única	16hr

---

Fuente: Expediente clínico de la paciente B.T.G.

**Tabla 10.** Hemoderivados

Componente	Cantidad de unidad	Horario
Paquete globular	Dos unidades	13:30 hr-15:30 hr
Plasma fresco congelado	Dos unidades	14:30hr- 15 hr

---

Fuente: Expediente clínico de la paciente B.T.G.

## Registro de Diagnósticos de Enfermería

Dominio 4: actividad/reposo

Clase 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares

Diagnóstico de Enfermería 1: **Patrón respiratorio ineficaz** *relacionado con* enfermedad crítica *evidenciado por* hipercapnia, hipoxemia

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 2: lesión física

Diagnóstico de Enfermería 2: **Riesgo de shock** *relacionado con* sangrado, hipoxemia, hipotermia, procedimiento quirúrgico, pancreatitis.

Dominio 2: Nutrición

Clase5: Hidratación

Diagnóstico de Enfermería 3: **Riesgo de desequilibrio electrolítico** *relacionado con* disfunción renal, compromiso en los mecanismos reguladores.

Dominio 2: Nutrición

Clase 4: Metabolismo

Diagnóstico de Enfermería 4: **Riesgo de nivel de glucosa inestable** *relacionado con* infecciones, enfermedades pancreáticas, procedimientos quirúrgicos.

### Plan de Cuidados de Enfermería 1

<b>Diagnóstico de Enfermería NANDA *</b>	<b>Dominio:</b> 4 actividad / reposo <b>Clase:</b> 4 Respuestas cardiovasculares/ pulmonares <b>Patrón respiratorio ineficaz</b> <i>relacionado con enfermedad crítica evidenciado por hipercapnia, hipoxemia.</i>			
<b>Intervenciones de Enfermería NIC** Guía de Práctica Clínica****</b>	<p>Campo: 2. Fisiológico: Complejo.  Clase: K. Control respiratorio.  Intervención: <b>Manejo de la ventilación mecánica invasiva.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar las condiciones que indican la necesidad de soporte ventilatorio.</li> <li>• Comprobar de forma rutinaria los ajustes del ventilador.</li> <li>• Administrar agentes paralizantes musculares, sedantes y analgésicos narcóticos apropiados.</li> <li>• Controlar actividades que aumente el consumo de oxígeno.</li> <li>• Vigilar la eficacia de la ventilación mecánica sobre el estado fisiológico y psicológico del paciente.</li> <li>• Cambiar los circuitos del ventilador cada 24 horas.</li> <li>• Utilizar técnicas antisépticas en todos los procedimientos de succión.</li> <li>• Realizar aspiración, en función de la presencia de sonidos adventicios y/o aumento de las presiones inspiratorias.</li> <li>• Controlar la cantidad, color y consistencia de las secreciones pulmonares y documentarlas periódicamente.</li> </ul> <p>Controlar la lesión de la mucosa bucal, nasal, traqueal, o laríngea por la presión de las vías aéreas artificiales, presión elevada del balón.</p>			
<b>Evaluación NOC****</b>	<b>Resultado Esperado</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Evaluación</b>
	<b>Respuesta de la ventilación mecánica: adulto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fracción de oxígeno inspirado (FiO<sub>2</sub>) satisface la demanda de oxígeno (3) (4)</li> <li>• Presión parcial de oxígeno en sangre arterial (PaO<sub>2</sub>) (3) (4)</li> </ul>	1.-Desviación grave del rango normal 2.-Desviación sustancial del rango normal 3.- Desviación moderada del rango normal 4.-Desviación leve del rango normal	Puntuación Basal: Desviación moderada del rango normal (3) Puntuación Diana: Desviación leve del rango normal (4)

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saturación de oxígeno (3) (4)</li> <li>• Perfusión de tejido periférico (2) (3)</li> </ul>	5.- Sin desviación del rango normal	Puntuación Cambio: 1
<p>*Heather, H. y Kamitsuru, S. (2019). Diagnósticos Enfermeros (2018-2020): Definiciones y Clasificación. NANDA Internacional Edición Hispanoamericana. 11ª Ed. Elsevier: España.</p> <p>**Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. y Wagner, C.M. (2019). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) [6ª Ed.]. Elsevier: España.</p> <p>***Moorhead, S., Swazon, E., Johnson, M., y Maas, M. (2019). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) [5ª Ed.]. Elsevier: España.</p> <p>***** Guía de Práctica Clínica:</p>				

*Tomado de: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor y Morales-Espinoza (2010), Actualización: Villegas-Velázquez, Morales-Castillo y Torres-Reyes (2020), Galicia y Ramos (2014)*

*Actualizo y Adecuación: MCE. Rosa Maria Galicia Aguilar; ME. Alejandro Torres Reyes; ME. Francisco Adrian Morales Castillo, ME. Adrian Rosalia González Hernández; ME. Miguel Angel Zenteno López (2022, Coordinado: DCE. Francisco Javier Báez Hernández*

## Plan de Cuidados de Enfermería 2

<b>Diagnóstico de Enfermería NANDA *</b>	<p><b>Dominio:</b> 11 Seguridad/ protección</p> <p><b>Clase:</b> 2 Lesión física</p> <p><b>Riesgo de shock</b> <i>relacionada</i> con sangrado, hipoxemia, procedimiento quirúrgico, pancreatitis.</p>
<b>Intervenciones de Enfermería NIC** Guía de Práctica Clínica***</b>	<p>Campo: 2. Fisiológico: Complejo.</p> <p>Clase: N. Control de la perfusión tisular.</p> <p>Intervención: <b>Manejo de la hipovolemia.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorización del estado hemodinámico (frecuencia cardíaca, presión arterial, presión arterial media, presión venosa central, gasto cardíaco)</li> <li>• Monitorización de los signos de deshidratación (turgencia cutánea, retraso del llenado capilar, pulso débil, sequedad de mucosas oliguria)</li> <li>• Vigilar fuentes de pérdidas de líquido.</li> <li>• Monitorizar las entradas y salidas.</li> <li>• Monitorizar la presencia de datos de laboratorio de hemorragia.</li> <li>• Administrar los hemoderivados prescritos para aumentar la presión oncótica plasmática y reponer la volemia.</li> </ul> <p>Campo: 2. Fisiológico: Complejo.</p> <p>Clase: N. Control de la perfusión tisular.</p> <p>Intervención: <b>Administración de hemoderivados.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar orden médica.</li> <li>• Obtener consentimiento informado del paciente/familiar.</li> <li>• Verificar los correctos, que se haya determinado el grupo sanguíneo y que se haya realizado las pruebas cruzadas.</li> <li>• Monitorizar los signos vitales.</li> <li>• Monitorizar la aparición de reacciones transfusionales.</li> <li>• No administrar medicamentos o líquidos por vía IV en las vías de administración de sangre o hemoderivados.</li> <li>• No trasfudir productos que hayan estado son refrigeración durante más de 4 horas.</li> <li>• Cambiar el filtro y el equipo de administración al menos cada 4 horas.</li> <li>• Administrar solución salina cuando la transfusión haya terminado.</li> <li>• Registrar la duración de la transfusión.</li> <li>• Detener transfusión si se producen reacciones.</li> <li>• Notificar a laboratorio después de reacción.</li> <li>• Aplicar precauciones universales.</li> </ul>

	Resultado Esperado	Indicadores	Escala de medición	Evaluación
<b>Evaluación NOC***</b>	<b>Severidad del shock: hipovolémico.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retardo en el llenado capilar.(3) (5)</li> <li>• Pulso débil. (3) (5)</li> <li>• Disminución del oxígeno arterial.(3) (4)</li> <li>• Aumento del dióxido de carbono arterial. (2) (3)</li> <li>• Palidez.(3) (5)</li> <li>• Tiempos de coagulación prolongados. (3) (5)</li> </ul>	1.-Grave 2.-Sustancial 3.- Moderado 4.-Leve 5.- Ninguno	Puntuación Basal: Moderado (3)
				Puntuación Diana: Ninguno (5)
				Puntuación Cambio: 2
<p>*Heather, H. y Kamitsuru, S. (2019). Diagnósticos Enfermeros (2018-2020): Definiciones y Clasificación. NANDA Internacional Edición Hispanoamericana. 11ª Ed. Elsevier: España.</p> <p>**Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. y Wagner, C.M. (2019). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) [6ª Ed.]. Elsevier: España.</p> <p>***Moorhead, S., Swazon, E., Johnson, M., y Maas, M. (2019). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) [5ª Ed.]. Elsevier: España.</p> <p>***** Guía de Práctica Clínica:</p>				

*Tomado de: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor y Morales-Espinoza (2010), Actualización: Villegas-Velázquez, Morales-Castillo y Torres-Reyes (2020), Galicia y Ramos (2014)*

*Actualizo y Adecuación: MCE. Rosa Maria Galicia Aguilar; ME. Alejandro Torres Reyes; ME. Francisco Adrian Morales Castillo, ME. Adrian Rosalia González Hernández; ME. Miguel Angel Zenteno López (2022, Coordino: DCE. Francisco Javier Báez Hernández*

### Plan de Cuidados de Enfermería 3

<p style="text-align: center;"><b>Diagnóstico de Enfermería NANDA *</b></p>	<p><b>Dominio:</b> 2 Nutrición.  <b>Clase:</b> 5 Hidratación.  <b>Riesgo de desequilibrio electrolítico</b> <i>relacionada con</i> disfunción renal, compromiso de los mecanismos reguladores.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Intervenciones de Enfermería NIC** Guía de Práctica Clínica****</b></p>	<p>Campo: 2. Fisiológico: Complejo.  Clase: G. Control de electrolitos y acidobásicos  Intervención: <b>Monitorización de electrolitos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar el nivel sérico de electrolitos</li> <li>• Observar si se producen desequilibrio acidobásicos.</li> <li>• Identificar posibles causas de desequilibrio electrolítico.</li> <li>• Reconocer y notificar la presencia de desequilibrios electrolíticos.</li> <li>• Observar el electrocardiograma para ver si hay cambios relacionados con los niveles de potasio, calcio y magnesio.</li> </ul> <p>Campo: 2. Fisiológico: Complejo.  Clase: G. Control de electrolitos y acidobásicos  Intervención: <b>Manejo de electrolitos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar si los electrolitos en suero son anormales.</li> <li>• Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de electrolitos.</li> <li>• Mantener registro de entradas y salidas.</li> <li>• Administrar electrolitos suplementarios según prescripción.</li> <li>• Obtener muestra para el análisis de laboratorio de los niveles de electrolitos.</li> <li>• Observar si hay pérdidas de líquidos ricos en electrolitos (succión nasogástrica, heridas)</li> <li>• Monitorización de la respuesta del paciente en la terapia de electrolitos prescrita.</li> <li>• Observar si aparecen efectos secundarios por el suplemento de electrolitos.</li> <li>• Monitorizar de cerca los niveles séricos de potasio,</li> <li>• Colocar monitor cardiaco.</li> <li>• Tratar arritmias cardiacas.</li> </ul>

	Resultado Esperado	Indicadores	Escala de medición	Evaluación
<b>Evaluación NOC***</b>	<b>Equilibrio electrolítico y ácido base.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ritmo cardiaco (4) (5)</li> <li>• Sodio sérico (4) (5)</li> <li>• Potasio sérico (4) (5)</li> <li>• Cloro sérico (5) (5)</li> <li>• Creatinina sérica (4) (5)</li> <li>• Glucosa sérica (4) (5)</li> <li>• Hematocrito sérico (3) (5)</li> </ul>	1.-Desviación grave del rango normal 2.-Desviación sustancial del rango normal 3.- Desviación moderada del rango normal 4.-Desviación leve del rango normal 5.- Sin desviación del rango normal	Puntuación Basal: Desviación moderada del rango normal (4)
				Puntuación Diana: Desviación leve del rango normal. (5)
				Puntuación Cambio: 1
<p>*Heather, H. y Kamitsuru, S. (2019). Diagnósticos Enfermeros (2018-2020): Definiciones y Clasificación. NANDA Internacional Edición Hispanoamericana. 11ª Ed. Elsevier: España.</p> <p>**Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. y Wagner, C.M. (2019). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) [6ª Ed.]. Elsevier: España.</p> <p>***Moorhead, S., Swazon, E., Johnson, M., y Maas, M. (2019). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) [5ª Ed.]. Elsevier: España.</p> <p>***** Guía de Práctica Clínica:</p>				

*Tomado de: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor y Morales-Espinoza (2010), Actualización: Villegas-Velázquez, Morales-Castillo y Torres-Reyes (2020), Galicia y Ramos (2014)*

*Actualizo y Adecuación: MCE. Rosa Maria Galicia Aguilar; ME. Alejandro Torres Reyes; ME. Francisco Adrian Morales Castillo, ME. Adrian Rosalia González Hernández; ME. Miguel Angel Zenteno López (2022, Coordino: DCE. Francisco Javier Báez Hernández*

### Plan de Cuidados de Enfermería 4

<b>Diagnóstico de Enfermería NANDA *</b>	<b>Dominio:</b> 2 Nutrición. <b>Clase:</b> 5 Hidratación. <b>Riesgo de nivel de glucosa inestable</b> <i>relacionada con</i> persona en unidad de cuidados intensivos, infecciones, enfermedades pancreáticas.			
<b>Intervenciones de Enfermería NIC** Guía de Práctica Clínica****</b>	Campo: 2. Fisiológico: Complejo Clase: G. Control de electrolitos y acidobásicos. Intervención: <b>Manejo de la hiperglucemia.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar la glucemia.</li> <li>• Vigilar la presencia de cuerpos cetónicos en orina.</li> <li>• Monitorizar balance hídrico.</li> <li>• Administrar insulina según prescripción.</li> <li>• Identificar causas posibles de hiperglucemia.</li> <li>• Proporcionar ayuda en el ajuste de un régimen para evitar y tratar hiperglucemias.</li> </ul>			
<b>Evaluación NOC***</b>	Resultado Esperado	Indicadores	Escala de medición	Evaluación
	<b>Nivel de glucemia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concentración sanguínea de glucosa (3) (4)</li> </ul>	1.-Desviación grave del rango normal 2.-Desviación sustancial del rango normal 3.- Desviación moderada del rango normal 4.-Desviación leve del rango normal 5.- Sin desviación del rango normal	Puntuación Basal: Desviación moderada del rango normal (3) Puntuación Diana: Desviación leve del rango normal (4) Puntuación Cambio: 1
<p>*Heather, H. y Kamitsuru, S. (2019). Diagnósticos Enfermeros (2018-2020): Definiciones y Clasificación. NANDA Internacional Edición Hispanoamericana. 11ª Ed. Elsevier: España.</p> <p>**Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. y Wagner, C.M. (2019). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) [6ª Ed.]. Elsevier: España.</p> <p>***Moorhead, S., Swazon, E., Johnson, M., y Maas, M. (2019). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) [5ª Ed.]. Elsevier: España.</p> <p>***** Guía de Práctica Clínica:</p>				

*Tomado de: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor y Morales-Espinoza (2010), Actualización: Villegas-Velázquez, Morales-Castillo y Torres-Reyes (2020), Galicia y Ramos (2014)*

*Actualizo y Adecuación: MCE. Rosa Maria Galicia Aguilar; ME. Alejandro Torres Reyes; ME. Francisco Adrian Morales Castillo, ME. Adrian Rosalia González Hernández; ME. Miguel Angel Zenteno López (2022, Coordinado: DCE. Francisco Javier Báez Hernández*

### **Valoración Continua día III (23 de octubre 2022)**

B.T.G paciente que continua en UCI, en post operatorio inmediato de colocación de pieza en T+ colecistectomía parcial+ empaquetamiento. Cursa con mejoría del estado hemodinámico con disminución de vasopresores e inotrópicos se logra destete de vasopresina, se mantiene PAM en parámetros de perfusión tisular, se realiza ventana neurológica, a nivel respiratorio se disminuye aporte de oxígeno, se valora evolución de las próximas horas para inicio de protocolo de weaning, se continua con TRRC con disminución de creatinina, hematológicamente se observa descenso de hemoglobina y hematocrito que ameritan transfusión sanguínea, permanece afebril aún sin resultados de cultivos por lo que se continua con tratamiento empírico a base de carbapenémico y antimicótico.

### **Valoración Cefalocaudal**

**Cabeza y cara:** Normo cefálico, simetría facial y craneal, ligera ictericia generalizada, pupilas isocóricas hiporeactivas 2mm, se mantiene bajo sedación con Rass de -4, con dexmedetomidina, buprenorfina y propofol, CPOT 0, pupilas isocóricas de 2mm hipoactivas, reflejos de tallo presente, SNG 16Fr a derivación con pérdidas gástrico de 50 ml en 8 hrs, continua bajo apoyo ventilatorio mecánico con tubo endotraqueal # 8 a 22 cm de la arcada dentaria, globo de neumotaponamiento a 30 mmHg, ventilador en modo controlado limitado por volumen, con los siguientes parámetros Vt 420ml , FR 16 rpm, T insp 1.2 , FiO2 50%, PEEP 8, trigger 2, Ppico 23cmH2O, P media de 15, Vte 422, sat O2 94% . Cavidad oral con piezas dentarias completas, a la aspiración escasas secreciones por tubo y boca de aspecto hialino.

**Cuello:** Cilindro, simétrico, presencia de pulsos carotídeos simétrico, sin presencia de adenomegalias, tráquea alineada, con catéter venoso central funcional de 7 Fr de tres lúmenes en vena subclavia izquierda para administración de medicamentos e infusiones, cubierto con apósito

transparente con almohadilla de clorhexidina, no se observan datos de infección. Se retira catéter swan-ganz por disfuncionalidad.

**Tórax:** con expansión simétrica en cada ventilación, hemitórax con ruidos rítmicos, murmullo vesicular presente sin estertores audibles, ritmo sinusal por telemetría, hemodinámicamente inestable, con soporte de vasopresor a base de norepinefrina a dosis de 0.02 mcg/kg/h e inotrópico a base de dobutamina a dosis 2 mcg/kg/h, a reducción, manteniendo PAM perfusoria, se logra destete de vasopresina, PVC 8 mmHg.

**Abdomen:** ayuno, glicemia capilar de 141 mg/dl, abdomen blando, distendido, a expensas de pániculo adiposo, peristalsis disminuida, PIA 12 mmHg, herida quirúrgica en línea media abdominal supra e infra abdominal con bordes afrontados, con exudado a nivel de tercio medio de características hemáticas con gasto de 300 ml en 3 hrs, Saratoga con gasto de 615 ml en 8 hrs, sonda en T sin gasto hasta el momento desde su colocación.

**Genitales:** íntegros, en anuria con lesión renal aguda AKIN III en tratamiento con TRRC modalidad HFVVC, se realiza cambio de filtro por coagulación, se continua terapia con extracción de 50 ml/hr con heparina de 300 UI, mediante catéter mahurkar de 8 Fr de inserción por arteria femoral izquierda, con sonda vesical no. 16 Fr globo de 10 cm, uresis de 250 ml en 12 hrs, GU de 0.37 ml/kg/hr, de color amarillo concentrado, sin presencia de evacuación.

**Extremidades:** Integras, simétricas, en miembro torácico derecho con acceso de arteria radial para monitorización de presión arterial invasiva, escala de Braden de 9 puntos, signo de godet +++, escala de mottling 0, llenado capilar retardado, con tenencia a la hipotermia al tacto.

**Constantes vitales:** TA103/76 mmHg, PAM 87 mmHg. FC 61 lpm, FR 18 rpm, SPO2 95%, T 34.7c.

#### IV. Resultados Auxiliares de Diagnóstico

**Tabla 11:** Estudios de laboratorio: Gasometría arterial

Indicador	PH	PO2	PCO2	HC03	SATO2	Lactato
Resultados	7.43	85mmHg	35mmHg	24.2mmol/L	96%	1.5 mmol/L
Interpretación	Gasometría normal					

Fuente: Expediente clínico de la paciente B.T.G

**Tabla 12:** Estudios de laboratorio.

	Laboratorio	Resultado	Valor de referencia
Biometría hemática	Hemoglobina (Hb)	8.9	12-18 g/dl
	Hematocrito (Htc)	25.74	37-53%
	Leucocitos	21.7	4.60-10.20 $10^3$ /UI
	Plaquetas	90	142/424 miles/ Ál
Química sanguínea	Glucosa	145	74-106 mg/dl
	Urea	55.64	16.60-48.50 mg/dl
	BUN	26	8-23 mg/dl
	Creatinina	1.73	0.50-1.20 mg/dl
Perfil hepático	Bilirrubina total	14.45	0.30-1.20 mg/dl
	Bilirrubina directa	9.81	0.00-0.20
	Bilirrubina indirecta	4.64	0.00-0.90
	Aspartato aminotransferasa (AST)	431	15-40 UI/L

	Alanina aminotransferasa (ATL)	158	0-34 UI/L
Tiempos de coagulación	TP	12	10-15 seg
	TTP	31.2	40-45 seg
	INR	1	0.8-1.2
Electrolitos séricos	Sodio (Na)	139	135-145 mmol/L
	Potasio (K)	4.4	3.50-5.50 mmol/L
	Cloro (Cl)	107	98-110 mmol/L

Fuente: Expediente clínico de la paciente B.T.G.

**Tabla 13.** Terapia de infusión

Infusión	Velocidad	Inicio
Solución dextrosa 50% 100ml	8ml/h	14 hr
Buprenorfina 600mcg en 100 ml de solución fisiológica 0.09%	4.1 ml/h	13 hr
Dexmedetomidina 400mcg en 100 ml de solución fisiológica 0.09% dosis respuesta (DR)	8 ml/h	12 hr
Norepinefrina 8 mg en 100 ml de solución fisiológica 0.09%	1ml/hr	13hr
Dobutamina 250mg en 100 ml de solución glucosada 5% DR	2ml/hr	06hr
Propofol 2 gr sin diluir	4ml/hr	09hr
Hidrocortisona 200 mg en 100 ml de solución fisiológica 0.09%	4ml/hr	13hr

Fuente: Expediente clínico de la paciente B.T.G.

**Tabla 14.** Terapia farmacológica

Fármaco	Frecuencia	Horario
Metamizol 1gr IV	c/8hr	8hr-16hr-24hr
Omeprazol 40 mg IV	c/24 hr	12 hr
Meropenem 1gr IV	c/12 hr	12hr-24 hr
Gluconato de calcio 1gr IV	c/6hr	6hr-12hr-18hr-24hr
Fluconazol 200 mg IV	c/12 hr	12hr-24hr
Albumina al 25% 1 frasco	c/12 hr	6hr-18hr
Clonixinato de lisina 100 mg IV	c/8hr	8hr-16hr-24hr
Hipromelosa 1 gts oftálmico	c/4 hr	4 hr-8 hr-12 hr-16 hr-24 hr

Fuente: Expediente clínico de la paciente B.T.G.

**Tabla 15.** Hemoderivados

Componente	Cantidad de unidad	Horario
Paquete globular	Una unidad	10:00 hr

Fuente: Expediente clínico de la paciente B.T.G.

## Registro de Diagnósticos de Enfermería

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 2: lesión física

Diagnóstico de Enfermería 1: **Retraso en la recuperación quirúrgica** *relacionado* personas que requieren de transfusión sanguínea, infección de la herida quirúrgica *manifestado por* deterioro de la movilidad, cicatrización interrumpida del área quirúrgica.

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 2: lesión física

Diagnóstico de Enfermería 2: **Riesgo de lesión por presión en adultos** *relacionado con* malnutrición proteico -energético, disminución de la perfusión tisular, edema, inestabilidad hemodinámica, enfermedad crítica, inmovilización.

Dominio 4: actividad/reposo

Clase 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares

Diagnóstico de Enfermería 3: **Riesgo de trombosis** *relacionado con* enfermedad crítica, infecciones, enfermedad renal, procedimientos quirúrgicos, deterioro de la movilidad física.

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 2: lesión física

Diagnóstico de Enfermería 4: **Riesgo de ojo seco** *relacionados con* respiración artificial, estancia en unidad de cuidados intensivos, disminución del nivel de conciencia, volumen lagrimal disminuido

### Plan de Cuidados de Enfermería 1

<b>Diagnóstico de Enfermería NANDA *</b>	<b>Dominio:</b> 11 seguridad/ protección <b>Clase:</b> 2 lesión física <b>Retraso en la recuperación quirúrgica</b> <i>relacionada con</i> persona que requiere de transfusión sanguínea perioperatoria, infección de la herida quirúrgica <i>manifestado por</i> deterioro de la movilidad, cicatrización interrumpida del área quirúrgica.			
<b>Intervenciones de Enfermería NIC** Guía de Práctica Clínica****</b>	<p>Campo: 2. Fisiológico: Complejo            Clase: L. Control de la piel/heridas            Intervención: <b>Cuidados del sitio de incisión.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, hoy inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.</li> <li>• Observar característica de cualquier drenaje.</li> <li>• Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión.</li> <li>• Hoy limpiar la zona que rodea la incisión hoy con una solución antiséptica.</li> <li>• Limpiar desde la zona limpia hacia la zona menos limpia.</li> <li>• Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.</li> <li>• Utilizar hisopos de algodón estériles para una limpieza eficaz de las suturas, heridas profundas y estrechas o heridas con cavidades.</li> <li>• Hoy limpiar la zona que rodee cualquier sitio de drenaje o tuvo con drenaje en último lugar.</li> <li>• Mantener la posición de cualquier tubo de drenaje.</li> <li>• Retirar suturas, grapas o clips, si está indicado.</li> <li>• Cambiar el vendaje en los intervalos adecuados.</li> <li>• Aplicar un vendaje adecuado para proteger la incisión.</li> </ul>			
<b>Evaluación NOC****</b>	Resultado Esperado	Indicadores	Escala de medición	Evaluación
	<b>Integridad tisular: piel y membranas mucosas.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temperatura de la piel. (2) (4)</li> <li>• Hidratación.(3) (4)</li> <li>• Perfusión tisular.(2) (4)</li> <li>• Integridad de la piel. (1) (4)</li> </ul>	1.-Gravemente comprometido. 2.-Sustancialmente comprometido. 3.- Moderadamente comprometido. 4.-Levemente comprometido	Puntuación Basal: Sustancialmente comprometido. (2) Puntuación Diana: Levemente comprometido (4)

			5.- No comprometido	Puntuación Cambio: 2
<p>*Heather, H. y Kamitsuru, S. (2019). Diagnósticos Enfermeros (2018-2020): Definiciones y Clasificación. NANDA Internacional Edición Hispanoamericana. 11ª Ed. Elsevier: España.</p> <p>**Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. y Wagner, C.M. (2019). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) [6ª Ed.]. Elsevier: España.</p> <p>***Moorhead, S., Swazon, E., Johnson, M., y Maas, M. (2019). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) [5ª Ed.]. Elsevier: España.</p> <p>***** Guía de Práctica Clínica:</p>				

*Tomado de: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor y Morales-Espinoza (2010), Actualización: Villegas-Velázquez, Morales-Castillo y Torres-Reyes (2020), Galicia y Ramos (2014)*

*Actualizo y Adecuación: MCE. Rosa Maria Galicia Aguilar; ME. Alejandro Torres Reyes; ME. Francisco Adrian Morales Castillo, ME. Adrian Rosalia González Hernández; ME. Miguel Angel Zenteno López (2022, Coordinado: DCE. Francisco Javier Báez Hernández*

## Plan de Cuidados de Enfermería 2

<b>Diagnóstico de Enfermería NANDA *</b>	<p><b>Dominio:</b> 11 Seguridad/ protección</p> <p><b>Clase:</b> 2 Lesión física</p> <p><b>Riesgo de lesión por presión en adultos</b> <i>relacionada</i> con malnutrición proteico- energético, disminución de la perfusión tisular, edema, inestabilidad hemodinámica, enfermedad crítica, inmovilización .</p>
<b>Intervenciones de Enfermería NIC** Guía de Práctica Clínica***</b>	<p>Campo: 2. Fisiológico: Complejo</p> <p>Clase: L. Control de la piel/heridas</p> <p>Intervención: <b>Prevención de las úlceras por presión.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de braden)</li> <li>• Utilizar métodos de medición de la temperatura corporal para determinar el riesgo de úlcera por presión.</li> <li>• Documentar cualquier episodio anterior de formación le gustará por presión.</li> <li>• Documentar el peso y los cambios de peso.</li> <li>• Registrar el estado de piel durante el ingreso y luego a diario.</li> <li>• Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.</li> <li>• Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia.</li> <li>• Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad.</li> <li>• Poner el programa de cambios posturales al lado de la cama.</li> <li>• Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día.</li> <li>• Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos.</li> <li>• Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.</li> <li>• Mantener la ropa, limpia seca y sin arrugas.</li> <li>• Utilizar camas y colchones especiales.</li> <li>• Humectar la piel seca intacta.</li> <li>• Evitar el agua caliente y utilizar un jabón suave para el baño.</li> <li>• Vigilar las fuentes de presión y de fricción.</li> <li>• Aplicar protectores para los codos y los talones.</li> <li>• Proporcionar un trapecio para ayudar al paciente a desplazar el peso con frecuencia.</li> <li>• Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitamina B y C, hierro y calorías por medio de suplementos.</li> </ul>

<b>Evaluación NOC***</b>	Campo: 2. Fisiológico: Complejo Clase: L. Control de la piel/heridas Intervención: <b>Vigilancia de la piel.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades.</li> <li>• Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de la integridad de la piel.</li> <li>• Vigilar color y la temperatura de la piel.</li> <li>• Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel.</li> <li>• Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.</li> <li>• Observar si hay zonas de fricción y presión.</li> <li>• Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.</li> <li>• Documentar cambios en la piel y las mucosas.</li> <li>• Instaurar medidas para evitar deterioro</li> </ul>			
	Resultado Esperado	Indicadores	Escala de medición	Evaluación
	<b>Movilidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Movimiento muscular.(1) (3)</li> <li>• Movimiento articular.(1) (3)</li> <li>• Mantenimiento de la posición corporal. (1) (3)</li> <li>• Se mueve con facilidad. (1) (3)</li> </ul>	1.-Gravemente comprometido. 2.-Sustancialmente comprometido. 3.- Moderadamente comprometido. 4.-Levemente comprometido 5.- No comprometido	Puntuación Basal: Gravemente comprometido. (1) Puntuación Diana: Moderadamente comprometido. (3) Puntuación Cambio: 2
<p>*Heather, H. y Kamitsuru, S. (2019). Diagnósticos Enfermeros (2018-2020): Definiciones y Clasificación. NANDA Internacional Edición Hispanoamericana. 11ª Ed. Elsevier: España.</p> <p>**Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. y Wagner, C.M. (2019). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) [6ª Ed.]. Elsevier: España.</p> <p>***Moorhead, S., Swazon, E., Johnson, M., y Maas, M. (2019). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) [5ª Ed.]. Elsevier: España.</p> <p>***** Guía de Práctica Clínica:</p>				

*Tomado de: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor y Morales-Espinoza (2010), Actualización: Villegas-Velázquez, Morales-Castillo y Torres-Reyes (2020), Galicia y Ramos (2014)*

*Actualizo y Adecuación: MCE. Rosa Maria Galicia Aguilar; ME. Alejandro Torres Reyes; ME. Francisco Adrian Morales Castillo, ME. Adrian Rosalia González Hernández; ME. Miguel Angel Zenteno López (2022, Coordinado: DCE. Francisco Javier Báez Hernández*

### Plan de Cuidados de Enfermería 3

<b>Diagnóstico de Enfermería NANDA *</b>	<b>Dominio:</b> 4 Actividad/ reposo <b>Clase:</b> 4 Respuestas cardiovasculares/ pulmonares <b>Riesgo de trombosis</b> <i>relacionada con</i> enfermedad crítica, infecciones, enfermedad renal, procedimientos quirúrgicos, deterioro de la movilidad física.						
<b>Intervenciones de Enfermería NIC** Guía de Práctica Clínica***</b>	<p>Campo: 2. Fisiológico: Complejo.            Clase: N. Control de la perfusión tisular.            Intervención: <b>Precauciones en el embolismo.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elaborar una historia clínica detallada para determinar el nivel de riesgo del paciente (cirugía reciente, inmovilidad, extremidades edematosas)</li> <li>• Realizar una valoración exhaustiva en la circulación periférica (comprobar pulsos, edema, llenado capilar, color y temperatura de las extremidades)</li> <li>• Iniciar trompo profilaxis apropiada de inmediato en los pacientes con riesgo.</li> <li>• Administrar dosis bajas de fármacos anticoagulantes y/o antiplaquetarios.</li> <li>• Aplicar medias para reducir el riesgo de TVP.</li> <li>• Realizar cambios posturales del paciente cada 2 horas.</li> </ul>						
<b>Evaluación NOC***</b>	Resultado Esperado	Indicadores	Escala de medición	Evaluación			
	<b>Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado nutricional (2) (3)</li> <li>• Fuerza muscular (2) (3)</li> <li>• Tono muscular (2) (3)</li> <li>• Movimiento articular (2) (3)</li> <li>• Capacidad vital (1) (3)</li> </ul>	1.-Gravemente comprometido. 2.-Sustancialmente comprometido. 3.- Moderadamente comprometido. 4.-Levemente comprometido 5.- No comprometido	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Puntuación Basal: Sustancialmente comprometido. (2)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Puntuación Diana: Levemente comprometido. (3)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Puntuación Cambio: 1</td> </tr> </table>	Puntuación Basal: Sustancialmente comprometido. (2)	Puntuación Diana: Levemente comprometido. (3)	Puntuación Cambio: 1
	Puntuación Basal: Sustancialmente comprometido. (2)						
Puntuación Diana: Levemente comprometido. (3)							
Puntuación Cambio: 1							

\*Heather, H. y Kamitsuru, S. (2019). Diagnósticos Enfermeros (2018-2020): Definiciones y Clasificación. NANDA Internacional Edición Hispanoamericana. 11ª Ed. Elsevier: España.  
\*\*Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. y Wagner, C.M. (2019). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) [6ª Ed.]. Elsevier: España.  
\*\*\*Moorhead, S., Swazon, E., Johnson, M., y Maas, M. (2019). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) [5ª Ed.]. Elsevier: España.  
\*\*\*\*\* Guía de Práctica Clínica:

*Tomado de: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor y Morales-Espinoza (2010), Actualización: Villegas-Velázquez, Morales-Castillo y Torres-Reyes (2020), Galicia y Ramos (2014)*

*Actualizo y Adecuación: MCE. Rosa Maria Galicia Aguilar; ME. Alejandro Torres Reyes; ME. Francisco Adrian Morales Castillo, ME. Adrian Rosalia González Hernández; ME. Miguel Angel Zenteno López (2022, Coordinado: DCE. Francisco Javier Báez Hernández*

### Plan de Cuidados de Enfermería 4

<b>Diagnóstico de Enfermería NANDA *</b>	<b>Dominio:</b> 11 Seguridad/ protección <b>Clase:</b> 2 Lesión física <b>Riesgo de ojo seco relacionada con</b> respiración artificial, estancia en unidad de cuidados intensivos, disminución del nivel de conciencia, volumen lagrimal disminuido			
<b>Intervenciones de Enfermería NIC** Guía de Práctica Clínica****</b>	Campo: 1. Fisiológico: Básico. Clase: F. Facilitación del autocuidado. Intervención: <b>Cuidado de los ojos.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar el reflejo corneal.</li> <li>• Aplicar protección ocular.</li> <li>• Aplicar un colirio lubricante.</li> <li>• Mantener el párpado cerrado con esparadrapo.</li> <li>• Observar si hay enrojecimiento, exudado o ulceración.</li> </ul>			
<b>Evaluación NOC****</b>	Resultado Esperado	Indicadores	Escala de medición	Evaluación
	<b>Autocontrol de la ansiedad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución en la producción de lágrimas (3) (5)</li> <li>• Cierre palpebral incompleto. (3) (5)</li> <li>• Exceso de secreciones mucosas (4) (5)</li> </ul>	1.-Grave. 2.-Sustancial. 3.- Moderado. 4.-Leve. 5.- Ninguno.	Puntuación Basal: Moderado (3)
				Puntuación Diana: Ninguno. (5)
Puntuación Cambio: 2				
<p>*Heather, H. y Kamitsuru, S. (2019). Diagnósticos Enfermeros (2018-2020): Definiciones y Clasificación. NANDA Internacional Edición Hispanoamericana. 11ª Ed. Elsevier: España.</p> <p>**Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. y Wagner, C.M. (2019). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) [6ª Ed.]. Elsevier: España.</p> <p>***Moorhead, S., Swazon, E., Johnson, M., y Maas, M. (2019). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) [5ª Ed.]. Elsevier: España.</p> <p>***** Guía de Práctica Clínica:</p>				

*Tomado de: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor y Morales-Espinoza (2010), Actualización: Villegas-Velázquez, Morales-Castillo y Torres-Reyes (2020), Galicia y Ramos (2014)*

*Actualizo y Adecuación: MCE. Rosa Maria Galicia Aguilar; ME. Alejandro Torres Reyes; ME. Francisco Adrian Morales Castillo, ME. Adrian Rosalia González Hernández; ME. Miguel Angel Zenteno López (2022, Coordinado: DCE. Francisco Javier Báez Hernández*

### **Valoración Continua día IV (24 de octubre 2022)**

B.T.G paciente que continua en UCI, bajo sedoanalgesia, ante la necesidad de nueva intervención quirúrgica para desempaquetamiento y exploración quirúrgica de la vía biliar. Cursa con mejoría del estado hemodinámico con infusión de vasopresor norepinefrina a dosis mínimas, se mantiene PAM en parámetros de perfusión tisular, a nivel respiratorio con respiraciones espontáneas, se mantienen parámetros de protección pulmonar; persiste gasto por herida quirúrgica, gasto mínimo por sonda en T, elevación de las bilirrubinas; se continua con TRRC sin aporte de heparina; hematológicamente sin datos de sangrado, hemoglobina y hematocrito en parámetros estacionarios, permanece afebril aún sin resultados de cultivos por lo que se continua con tratamiento con carbapenémico y antimicótico.

### **Valoración Cefalocaudal**

**Cabeza y cara:** Normo cefálico, simetría facial y craneal, pupilas isocóricas hiporeactivas 2mm, reflejos de tallo presente, se mantiene bajo sedoanalgesia con Rass de -3, con dexmedetomidina a 0.3 mcg/k/h, buprenorfina 0.6mcg/kg/h y propofol 1.7mg/kg/h, CPOT 1, SNG 16Fr a derivación con pérdidas gástrico de 120 ml en 8 hrs, continua bajo apoyo ventilatorio mecánico con tubo endotraqueal # 8 a 22 cm de la arcada dentaria, globo de neumotaponamiento a 30 mmHg, ventilador en modo controlado limitado por volumen, Vt 350ml, FR 16 rpm, T insp 1, FiO2 40%, PEEP 7, trigger 2.0, Ppico 16cmH2O, P media de 10, sat O2 99%. Cavidad oral con piezas dentarias completas, a la aspiración escasas secreciones por tubo y boca de aspecto hialino.

**Cuello:** Cilindro, simétrico, presencia de pulsos carotídeos simétrico, sin presencia de adenomegalias, tráquea alineada, con catéter venoso central funcional de 7 Fr de tres lúmenes en vena subclavia izquierda para administración de medicamentos e infusiones, cubierto con apósito

transparente con almohadilla de clorhexidina, no se observan datos de infección o sangrado. Se realiza curación de catéter central el día 24/10/22.

**Tórax:** con expansión simétrica en cada ventilación, a la auscultación campos pulmonares con ruidos respiratorios disminuidos en ambas regiones subescapulares, hemodinámicamente con soporte de vasopresor a base de norepinefrina a dosis de 0.02 mcg/kg/h, manteniendo PAM perfusoria, bradicardia sinusal por telemetría, a la auscultación tono rítmico con ausencia de soplos o agregados, PVC 10 mmHg.

**Abdomen:** ayuno, glicemia capilar de 131 mg/dl, abdomen blando, distendido, a expensas de pániculo adiposo, peristalsis disminuida, dolor a la palpación sobre herida quirúrgica, timpánico a la percusión, PIA 14 mmHg, herida quirúrgica en línea media abdominal supra e infra abdominal con bordes afrontados, con exudado a nivel de tercio medio de características sero-hemáticas con gasto de 500 ml hrs, Saratoga sin gasto en 24 hrs, sonda en T con gasto de 54 ml de aspecto biliar.

**Genitales:** íntegros, en anuria con lesión renal aguda AKIN III en tratamiento con TRRC modalidad HFVVC, se continua terapia con extracción de 50 ml/hr sin heparina, mediante catéter mahurkar de 8 Fr de inserción por arteria femoral izquierda, con sonda vesical no. 16 Fr globo de 10 cm, uresis de 140 ml en 24 hrs, GU de 0.09 ml/kg/hr, de color amarillo concentrado, sin presencia de evacuación.

**Extremidades:** Integras, simétricas, en miembro torácico derecho con acceso de arteria radial para monitorización de presión arterial invasiva, escala de Braden de 10 puntos, signo de godet +++, escala de mottling 0, llenado capilar retardado, Daniel's 4/5, con tenencia a la hipotermia al tacto. **Constantes vitales:** TA101/62 mmHg, PAM 79 mmHg. FC 54 lpm, FR 16 rpm, SPO2 93%, T 35.5c.

#### IV. Resultados Auxiliares de Diagnóstico

**Tabla 16:** Estudios de laboratorio: Gasometría arterial

Indicador	PH	PO2	PCO2	HC03	SATO2	Lactato
Resultados	7.37	83mmHg	37mmHg	24 mmol/L	97%	1.9 mmol/L
Interpretación	Gasometría arterial normal					

Fuente: Expediente clínico de la paciente B.T.G

**Tabla 17:** Estudios de laboratorio.

	Laboratorio	Resultado	Valor de referencia
Biometría hemática	Hemoglobina (Hb)	9.56	12-18 g/dl
	Hematocrito (Htc)	27.89	37-53%
	Leucocitos	18.4	4.60-10.20 $10^3/Ul$
	Plaquetas	94	142/424 miles/ Ál
Química sanguínea	Glucosa	97	74-106 mg/dl
	Urea	51.36	16.60-48.50 mg/dl
	BUN	24	8-23 mg/dl
	Creatinina	1.67	0.50-1.20 mg/dl
Perfil hepático	Bilirrubina total	16.9	0.30-1.20 mg/dl
	Bilirrubina directa	11.36	0.00-0.20
	Bilirrubina indirecta	5.57	0.00-0.90
Tiempos de coagulación	TP	10.6	10-15 seg
	TTP	95.6	40-45 seg

	INR	0.92	0.8-1.2
Electrolitos séricos	Sodio (Na)	139	135-145 mmol/L
	Potasio (K)	4.3	3.50-5.50 mmol/L
	Cloro (Cl)	105	98-110 mmol/L

Fuente: Expediente clínico de la paciente B.T.G.

**Tabla 18.** Terapia de infusión

Infusión	Velocidad	Inicio
Solución dextrosa 50% 100ml+ 1 gr de sulfato de magnesio+ 40 mEq de fosfato de potasio	8ml/h	16 hr
Buprenorfina 900mcg en 100 ml de solución fisiológica 0.09%	10 ml/h	10 hr
Dexmedetomidina 400mcg en 100 ml de solución fisiológica 0.09% dosis respuesta (DR)	8 ml/h	20 hr
Norepinefrina 8 mg en 100 ml de solución fisiológica 0.09%	1ml/hr	13hr
Propofol 2 gr sin diluir	8ml/hr	16hr
Hidrocortisona 200 mg en 100 ml de solución fisiológica 0.09%	4ml/hr	20hr

Fuente: Expediente clínico de la paciente B.T.G.

**Tabla 19.** Terapia farmacológica

Fármaco	Frecuencia	Horario
Omeprazol 40 mg IV	c/24 hr	12 hr
Meropenem 1gr IV	c/12 hr	12hr-24 hr

Gluconato de calcio 1gr IV	c/6hr	6hr-12hr-18hr-24hr
Fluconazol 200 mg IV	c/12 hr	12hr-24hr
Albumina al 25% 1 frasco	c/8 hr	8hr-16hr-24hr
Paracetamol	c/8hr	8hr-16hr-24hr

---

Fuente: Expediente clínico de la paciente B.T.G.

### Registro de Diagnósticos de Enfermería

Dominio 12: Comodidad física

Clase 1: Comodidad

Diagnóstico de Enfermería: **Dolor agudo** *relacionado con* lesión por agentes biológicos *evidenciado por* parámetros fisiológicos alterados, expresión facial de dolor, evidencia de dolor mediante el uso de una lista de verificación de comportamiento del dolor estandarizada para aquellos que no pueden comunicarse verbalmente.

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 2: lesión física

Diagnóstico de Enfermería: **Riesgo de caídas en adultos** *relacionados con* agente farmacológico disminución de la fuerza en las extremidades, deterioro de la movilidad física, disfunción cognitiva.

## Dominio 5: Percepción/cognición

### Clase 4: Cognición

Diagnóstico de Enfermería: **Confusión aguda** *relacionada con* disminución del estado de conciencia, dolor, preparaciones farmacológicas *evidenciado por* agitación psicomotriz, manifestaciones neuroconductuales, disfunción cognitiva.

## Dominio 12: Comodidad

### Clase 1: Comodidad física

Diagnóstico de Enfermería: **Disconfort** *relacionada con* régimen del tratamiento *evidenciado por* dificultad para relajarse, ansiedad, agitación psicomotora, llanto.

### Plan de Cuidados de Enfermería 1

<p style="text-align: center;"><b>Diagnóstico de Enfermería NANDA *</b></p>	<p><b>Dominio:</b> 12 Comodidad física  <b>Clase:</b> 1 Comodidad  <b>Dolor agudo</b> relacionada con lesión por agentes biológicos <i>evidenciado por</i> parámetros fisiológicos alterados, expresión facial de dolor, evidencia de dolor mediante el uso de una lista de verificación de comportamiento del dolor estandarizada para aquellos que no pueden comunicarse.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Intervenciones de Enfermería NIC** Guía de Práctica Clínica***</b></p>	<p>Campo: 1. Fisiológico: Básico  Clase: E. Fomento a la comodidad física  Intervención: <b>Manejo del dolor agudo.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que alivian y agudizan.</li> <li>• Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y la capacidad de comunicación</li> <li>• Observar si hay indicios no verbales de incomodidad, hoy especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.</li> <li>• Asegurar que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor sea grave o antes de las actividades que lo inducen.</li> <li>• Monitorizar la sedación y el estado respiratorio antes de administrar opiáceos y a intervalos regulares cuando se administren.</li> <li>• Hoy usar analgésicos combinados, si el nivel del dolor es intenso.</li> <li>• Seleccionar y poner en marcha intervenciones adaptadas a los riesgos, beneficios del paciente, para facilitar el alivio del dolor.</li> <li>• Administrar analgésicos por la vía menos invasiva posible, evitando la vía intramuscular.</li> <li>• Incorporar las intervenciones no farmacológicas a la ideología del dolor.</li> <li>• Modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente al tratamiento.</li> <li>• Prevenir o controlar los efectos secundarios de los medicamentos.</li> <li>• Notificar al médico si las medidas de control del dolor no tienen éxito.</li> </ul> <p>Campo: 2. Fisiológico: Complejo  Clase: H. Control de fármacos.  Intervención: <b>Administración de analgésicos.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asegurar el un enfoque holístico para el control del dolor</li> <li>• Monitorizar el dolor de los pacientes con alteraciones de comunicación</li> <li>• Determinar el nivel actual de comodidad y el nivel de comodidad deseado del paciente hoy utilizando una escala de medición del dolor apropiada.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.</li> <li>• Comprobar la respuesta previa del paciente a los analgésicos.</li> <li>• Comprobar el historial de alergia a medicamentos.</li> <li>• Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados cuando se prescriba más de uno.</li> <li>• Determinar la selección de analgésicos según el tipo y la intensidad del dolor.</li> <li>• Ajustar el opiáceo para obtener el efecto deseado y evitar efectos secundarios incontrolables.</li> <li>• Atender las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la emergencia.</li> <li>• Administrar analgésicos antes de procedimientos o actividades que produzcan dolor.</li> </ul>			
<b>Evaluación NOC****</b>	Resultado Esperado	Indicadores	Escala de medición	Evaluación
	<b>Nivel del dolor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frotarse el área afectada. (2) (4)</li> <li>• Expresiones faciales de dolor (2) (4)</li> <li>• Inquietud (2) (4)</li> <li>• Lágrimas. (3) (4)</li> <li>• Tensión muscular(2) (4)</li> </ul>	1.-Grave. 2.-Sustancial. 3.- Moderado. 4.-Leve. 5.- Ninguno.	Puntuación Basal: Sustancial. (2)
				Puntuación Diana: Leve. (4)
Puntuación Cambio: 2				
<p>*Heather, H. y Kamitsuru, S. (2019). Diagnósticos Enfermeros (2018-2020): Definiciones y Clasificación. NANDA Internacional Edición Hispanoamericana. 11ª Ed. Elsevier: España.</p> <p>**Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. y Wagner, C.M. (2019). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) [6ª Ed.]. Elsevier: España.</p> <p>***Moorhead, S., Swazon, E., Johnson, M., y Maas, M. (2019). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) [5ª Ed.]. Elsevier: España.</p> <p>***** Guía de Práctica Clínica:</p>				

*Tomado de: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor y Morales-Espinoza (2010), Actualización: Villegas-Velázquez, Morales-Castillo y Torres-Reyes (2020), Galicia y Ramos (2014)*

*Actualizo y Adecuación: MCE. Rosa Maria Galicia Aguilar; ME. Alejandro Torres Reyes; ME. Francisco Adrian Morales Castillo, ME. Adrian Rosalia González Hernández; ME. Miguel Angel Zenteno López (2022, Coordinado: DCE. Francisco Javier Báez Hernández*

## Plan de Cuidados de Enfermería 2

<b>Diagnóstico de Enfermería NANDA *</b>	<p><b>Dominio:</b> 11 Seguridad/ protección  <b>Clase:</b> 2 Lesión física  <b>Riesgo de caídas en adultos</b> <i>relacionada con</i> agente farmacológico, disminución de la fuerza en las extremidades, disminución de la fuerza en las extremidades, deterioro de la movilidad, disfunción cognitiva.</p>			
<b>Intervenciones de Enfermería NIC** Guía de Práctica Clínica***</b>	<p>Campo: 4. Seguridad.  Clase: V. Control de riesgos.  Intervención: <b>Prevención de caídas.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar déficit cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.</li> <li>• Identificar conductas y factores que afecten el riesgo de caídas.</li> <li>• Revisar los antecedentes de caídas con el paciente y la familia.</li> <li>• Bloquear las ruedas de las sillas, camas o camilla en la transferencia del paciente.</li> <li>• Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda cuando el cuidador esté ausente.</li> </ul> <p>Campo: 4. Seguridad.  Clase: V. Control de riesgos.  Intervención: <b>Manejo ambiental: Seguridad.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar las necesidades de seguridad del paciente según el nivel físico, la función cognitiva y el historial de conducta.</li> <li>• Identificar los riesgos de seguridad en el ambiente (físicos y biológicos)</li> <li>• Disponer de dispositivos adaptativos para aumentar la seguridad del ambiente.</li> <li>• Utilizar dispositivos de protección para limitar físicamente la movilidad o el acceso a situaciones peligrosas.</li> </ul>			
<b>Evaluación NOC***</b>	Resultado Esperado	Indicadores	Escala de medición	Evaluación
	<b>Conducta de prevención de caídas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coloca barreras para prevenir caídas (3) (4)</li> <li>• Proporciona ayuda para la movilidad (3) (4)</li> </ul>	1.-Nunca demostrado. 2.-Raramente demostrado. 3.- A veces demostrado. 4.-Frecuentemente demostrado.	Puntuación Basal: A veces demostrado. . (3) Puntuación Diana: Frecuentemen

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliza procedimientos de traslado seguros (3) (4)</li> <li>• Controla la inquietud (3) (4)</li> </ul>	5.- Siempre demostrado.	te demostrado. (4) Puntuación Cambio: 1
--	--	---	-------------------------	--

\*Heather, H. y Kamitsuru, S. (2019). Diagnósticos Enfermeros (2018-2020): Definiciones y Clasificación. NANDA Internacional Edición Hispanoamericana. 11ª Ed. Elsevier: España.  
 \*\*Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. y Wagner, C.M. (2019). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) [6ª Ed.]. Elsevier: España.  
 \*\*\*Moorhead, S., Swazon, E., Johnson, M., y Maas, M. (2019). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) [5ª Ed.]. Elsevier: España.  
 \*\*\*\*\* Guía de Práctica Clínica:

*Tomado de: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor y Morales-Espinoza (2010), Actualización: Villegas-Velázquez, Morales-Castillo y Torres-Reyes (2020), Galicia y Ramos (2014)*  
*Actualizo y Adecuación: MCE. Rosa Maria Galicia Aguilar; ME. Alejandro Torres Reyes; ME. Francisco Adrian Morales Castillo, ME. Adrian Rosalia González Hernández; ME. Miguel Angel Zenteno López (2022, Coordinado: DCE. Francisco Javier Báez Hernández*

### Plan de Cuidados de Enfermería 3

<b>Diagnóstico de Enfermería NANDA *</b>	<p><b>Dominio:</b> 5 Percepción/ cognición  <b>Clase:</b> 4. Cognición  <b>Confusión aguda</b> <i>relacionada con</i> disminución del estado de conciencia, dolor, preparaciones farmacológicas <i>evidenciado por</i> agitación psicomotriz, manifestaciones neuroconductuales, disfunción cognitiva</p>			
<b>Intervenciones de Enfermería NIC** Guía de Práctica Clínica***</b>	<p>Campo: 4. Seguridad.  Clase: V. Control de riesgos.  Intervención: <b>Manejo del delirio.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar el estado neurológico de forma continua.</li> <li>• Aumentar la vigilancia con una escala de evaluación del delirio que sea comprendida por el personal de enfermería cuando aparezca el delirio la primera vez.</li> <li>• Administrar medicamentos para la ansiedad o agitación.</li> <li>• Fomentar la visita de allegados.</li> <li>• Declarar la propia percepción de forma calmada, dando seguridad.</li> <li>• Retirar los estímulos que creen una estimulación sensorial excesiva.</li> <li>• Utilizar sujeciones físicas.</li> <li>• Informar al paciente sobre persona, tiempo y lugar.</li> <li>• Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción.</li> <li>• Comunicarse con frases simples, directas y descriptivas.</li> <li>• Proporcionar la información nueva de forma lenta y en pequeñas dosis, con frecuentes periodos de descanso.</li> <li>• Centrar las interacciones personales en lo que resulta familiar y tiene sentido para el paciente</li> </ul>			
<b>Evaluación NOC***</b>	Resultado Esperado	Indicadores	Escala de medición	Evaluación
	<b>Nivel de delirio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desorientación temporal (3) (4)</li> <li>• Alteración del nivel de conciencia (3) (4)</li> <li>• Agitación (3) (4)</li> <li>• Inquietud (3) (4)</li> <li>• Tornos del patrón sueño-vigilia (1) (2)</li> </ul>	1.-Grave. 2.-Sustancial. 3.- Moderado. 4.-Leve. 5.- Ninguno.	Puntuación Basal: Moderada. (3) Puntuación Diana: leve. (4) Puntuación Cambio: 1

\*Heather, H. y Kamitsuru, S. (2019). Diagnósticos Enfermeros (2018-2020): Definiciones y Clasificación. NANDA Internacional Edición Hispanoamericana. 11ª Ed. Elsevier: España.  
\*\*Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. y Wagner, C.M. (2019). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) [6ª Ed.]. Elsevier: España.  
\*\*\*Moorhead, S., Swazon, E., Johnson, M., y Maas, M. (2019). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) [5ª Ed.]. Elsevier: España.  
\*\*\*\*\* Guía de Práctica Clínica:

*Tomado de: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor y Morales-Espinoza (2010), Actualización: Villegas-Velázquez, Morales-Castillo y Torres-Reyes (2020), Galicia y Ramos (2014)*

*Actualizo y Adecuación: MCE. Rosa Maria Galicia Aguilar; ME. Alejandro Torres Reyes; ME. Francisco Adrian Morales Castillo, ME. Adrian Rosalia González Hernández; ME. Miguel Angel Zenteno López (2022, Coordinado: DCE. Francisco Javier Báez Hernández*

### Plan de Cuidados de Enfermería 4

<p style="text-align: center;"><b>Diagnóstico de Enfermería NANDA *</b></p>	<p><b>Dominio:</b> 12 comodidad  <b>Clase:</b> 1 Comodidad física  <b>Discomfort</b> relacionada con régimen del tratamiento <i>evidenciado por</i> dificultad para relajarse, ansiedad, agitación psicomotora, llanto.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Intervenciones de Enfermería NIC** Guía de Práctica Clínica***</b></p>	<p>Campo: 3. Conductual  Clase: T. Fomento de la comodidad psicológica.  Intervención: <b>Técnica de relajación.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener la calma de una manera deliberada</li> <li>• Mantener el contacto visual con el paciente.</li> <li>• Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.</li> <li>• Transmitir al paciente garantía de seguridad personal.</li> <li>• Instruir al paciente sobre métodos que disminuyen la ansiedad.</li> <li>• Proporcionar ansiolíticos, según corresponda.</li> </ul> <p>Campo: 3. Conductual  Clase: T. Fomento de la comodidad psicológica.  Intervención: <b>Terapia de relajación.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerar la voluntad y capacidad de la persona para participar y contraindicaciones antes de seleccionar una estrategia de relajación determinada.</li> <li>• Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable.</li> <li>• Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación.</li> <li>• Utilizar un tono de voz suave, diciendo las palabras lenta y rítmicamente.</li> <li>• Mostrar y participar la técnica de relajación con el paciente.</li> <li>• Fomentar la repetición o práctica frecuente de las técnicas seleccionadas.</li> <li>• Utilizar la relajación como estrategia y complementaria junto a los analgésicos o con otras medidas.</li> <li>• Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación.</li> </ul>

	Resultado Esperado	Indicadores	Escala de medición	Evaluación
<b>Evaluación NOC***</b>	<b>Estado de comodidad: física</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de síntomas (3) (5)</li> <li>• Relajación muscular (3) (5)</li> <li>• Bienestar físico (2) (4)</li> <li>• Posición cómoda (4) (5)</li> <li>• Temperatura corporal (3) (5)</li> </ul>	1.-Gravemente comprometido. 2.-Sustancialmente comprometido. 3.- Moderadamente comprometido. 4.-Levemente comprometido. 5.- No comprometido.	Puntuación Basal: Moderadamente comprometido. (3)
				Puntuación Diana: No comprometido. (5)
				Puntuación Cambio: 2
<p>*Heather, H. y Kamitsuru, S. (2019). Diagnósticos Enfermeros (2018-2020): Definiciones y Clasificación. NANDA Internacional Edición Hispanoamericana. 11ª Ed. Elsevier: España.</p> <p>**Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. y Wagner, C.M. (2019). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) [6ª Ed.]. Elsevier: España.</p> <p>***Moorhead, S., Swazon, E., Johnson, M., y Maas, M. (2019). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) [5ª Ed.]. Elsevier: España.</p> <p>***** Guía de Práctica Clínica:</p>				

*Tomado de: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor y Morales-Espinoza (2010), Actualización: Villegas-Velázquez, Morales-Castillo y Torres-Reyes (2020), Galicia y Ramos (2014)*

*Actualizo y Adecuación: MCE. Rosa Maria Galicia Aguilar; ME. Alejandro Torres Reyes; ME. Francisco Adrian Morales Castillo, ME. Adrian Rosalia González Hernández; ME. Miguel Angel Zenteno López (2022, Coordino: DCE. Francisco Javier Báez Hernández*

## Conclusión

El choque séptico es una patología que a pesar de tener una alta incidencia a nivel mundial sigue cobrando la vida de muchas personas, debido a causas multifactoriales que limitan el diagnóstico y tratamiento, resulta en costos muy elevados para el sistema de salud al requerir el ingreso a áreas críticas aunado al tratamiento de secuelas que requiere de atención multidisciplinaria con el fin de que la persona afectada recupere su independencia.

Si bien cualquier persona puede desarrollar sepsis, se ha observado que pacientes adultos mayores, con alguna comorbilidad, con el sistema inmune comprometido tienen más predisposición a desarrollar la enfermedad en su forma grave como es el choque séptico, es indispensable que el personal de salud este formado y capacitado para saber actuar ante dicha enfermedad y contribuir a la recuperación de los pacientes mediante la aplicación de cuidados enfermeros que tengan sustento científico.

Se realizó una búsqueda bibliográfica por diferentes buscadores electrónicos sobre artículos relacionados y procesos enfermeros no mayores a 5 años que dieran respuesta a las necesidades y orienten al personal de enfermería sobre cuidados que deben ser otorgados a los pacientes con choque séptico. En la misma se identificó la insuficiente y desactualizada información que hay sobre esta patología denotando la falta de cultura para realizar investigación.

La realización del presente trabajo contribuirá y evidenciará la importancia de la aplicación del proceso enfermero en pacientes con choque séptico y sobre el cuidado que debe ser otorgado.

## Referencias

- Banchón, A. JD., Camacho, G. DE., Fernández, S. CA., & Villacis, N. JM. (2020).  
Conceptos actuales de sepsis y shock séptico. *Journal of American Health*, 3(2),  
102-116 <https://www.jah-journal.com/index.php/jah/article/view/38/77>
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M.  
(2018). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)* [7 Ed]. Elsevier.  
España.
- Chávez- Vivas. M., Cisto- Martínez. A., & Tascón. AJ. (2018). Características  
epidemiológicas de pacientes con diagnóstico de sepsis y choque séptico en un  
hospital de Cali, Colombia. *Acta Medica costarricense*, 60(4).  
[https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0001-  
60022018000400150&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0001-60022018000400150&script=sci_arttext)
- Chiscano-Camón. L., Plata-Menchaca. E., Ruiz- Rodríguez. J.C., & Ferrer. R. (2022).  
Fisiopatología del shock séptico. *Medicina Intensiva*, 46 (S1), 1-13.  
[https://www.medintensiva.org/es-fisiopatologia-del-shock-septico-articulo-  
S0210569122001097](https://www.medintensiva.org/es-fisiopatologia-del-shock-septico-articulo-S0210569122001097)
- Debo, O. CG. (2022). *Proceso Cuidado Enfermero en Paciente con Falla Renal Aguda  
Secundaria a Sepsis en la Unidad de Cuidados Intensivos* [Tesis especialidad,  
Facultad de Enfermería y Nutrición, Universidad Autónoma de San Luis Potosí].  
Repositorio Institucional Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

<https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/7546/Tesina.FEN.2022.Proceso.Debo.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Díaz, M. DC., & Soto, L. VI. (2020). Competencias para gestionar el cuidado directo en la unidad de cuidados intensivos de adultos. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(3). <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v36n3/1561-2961-enf-36-03-e3446.pdf>

Estévez, M. R., Durán, R. R., Orama, R. V., Delgado, R. Y., & Estévez, M. R. (2021). Diagnóstico y tratamiento del paciente con shock. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 20(2).  
<https://revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/838/pdf>

Hallie, C. P & Dereck, C, A. (2018). Enhancing recovery from sepsis: A review. *Journal of American Health*, 319(1), 62-75  
<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2667727>

Heather, H., & Kamitsuru, S. (2021). *Diagnósticos Enfermeros (2021-2023): Definiciones y Clasificación. NANDA Internacional Edición Hispanoamericana* (12 Ed). Elsevier: España.

Herrera, G. A. (2020). *Proceso Atención Enfermería en Paciente con Choque Séptico de Origen Pulmonar* [Tesis especialidad, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Guerrero]. Repositorio de la Universidad Autónoma de Guerrero.  
[http://ri.uagro.mx/bitstream/handle/uagro/2447/TE\\_8122799\\_20.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://ri.uagro.mx/bitstream/handle/uagro/2447/TE_8122799_20.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Instituto Mexicano del Seguro Social ([IMSS]2009) *Guía de Práctica Clínica:*

*Diagnóstico y tratamiento de sepsis grave y choque séptico en el adulto.*

<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/084GER.pdf>

Laguado-Nieto, MA., Amaris-Vergara, AA., Vargas-Ordoñez, JE., Rangel-Vera, JA.,

García-León, SJ., & Centeno-Hurtado, KT. (2019). Actualización en sepsis y

choque séptico en adultos. *MedUNAB*, 20(2), 212-227.

[https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/9922/2019\\_Actualizaci%C3%B3n\\_en\\_sepsis\\_y\\_choque\\_s%C3%A9ptico\\_en\\_adultos.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/9922/2019_Actualizaci%C3%B3n_en_sepsis_y_choque_s%C3%A9ptico_en_adultos.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Merlán, M. M., Ferre, A. E., & González, M. M. (2021). Relación entre el diagnóstico

precoz y la mortalidad por sepsis: nuevos conceptos. *Medicentro electrónica*,

25(2), 265-290. <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v25n2/1029-3043-mdc-25-02-265.pdf>

Miguelena, B. JM. (2019). *Estados de Shock. Cirugía: para el grado de medicina* (pp.

29-34). Editorial Medica Panamericana.

Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. (2018). *Clasificación de*

*resultados de enfermería (NOC)* [6 Ed]. Elsevier: España

Nieves, D. I. (2021). Proceso de Atención de Enfermería en un Paciente con Choque

Séptico [Tesis especialidad, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de

Guerrero], Repositorio Universidad Autónoma de Guerrero.

[http://ri.uagro.mx/bitstream/handle/uagro/2431/TE\\_06364665\\_21.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://ri.uagro.mx/bitstream/handle/uagro/2431/TE_06364665_21.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Organización Mundial de la Salud. (2023). Sepsis. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sepsis>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). Sepsis. <https://www.paho.org/es/temas/sepsis>
- Palomeque, A. LT., Asitimbay, R. MG., Landín, G. DI., Masapanta, S. MA., & Verdugo, P. LE. (2022). Shock séptico en el adulto. *RECIAMUC*, 6(1), 185-196. <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/852/1246>
- Pino, H. SM (2017). *Cuidado de Enfermería en Monitoreo Hemodinámico en Paciente con Shock Séptico. Hospital Antonio Lorena, Cusco-2017* [Tesis especialidad, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/92e5742f-61b9-4637-bff0-7df3f559e0a0/content>
- Salazar, S. AR. (2022). *Cuidados de Enfermería en la Atención al Paciente con Choque Séptico (Foco Abdominal) e Insuficiencia Respiratoria II* [Tesis especialidad, Facultad de Enfermería, Universidad Inca Garcilaso de la Vega]. Repositorio Institucional Universidad Inca Garcilaso de la Vega. [http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/7171/TRACADEMICO\\_SALAZAR%20S%c3%81NCHEZ%20REP.pdf?sequence=12&isAllowed=y](http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/7171/TRACADEMICO_SALAZAR%20S%c3%81NCHEZ%20REP.pdf?sequence=12&isAllowed=y)
- Shankar-Hari, M., Phillips, G. S., Levy, M. L., Seymour, C. W., Liu, V. X., Deutschman, C. S., Angus, D. C., Rubenfeld, G. D., & Singer, M. (2016).

Developing a New Definition and Assessing New Clinical Criteria for Septic Shock: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Sepsis Shock (Sepsis-3). *Journal of the American Medical Association*, 315(8), 775–787.

[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4910392/?report=reader#\\_ffn\\_sectitle](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4910392/?report=reader#_ffn_sectitle)

Sistema de Información de la Secretaría de Salud. (2021). Datos en Salud.

<http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>

Reynoso, H. D.A (2021). *Proceso de Atención de Enfermería al Paciente con Sepsis en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General de Acapulco*. [Tesis especialidad, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Guerrero].

Repositorio de la Universidad Autónoma de Guerrero.

[http://ri.uagro.mx/bitstream/handle/uagro/2450/TE\\_9081761\\_21.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://ri.uagro.mx/bitstream/handle/uagro/2450/TE_9081761_21.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Rivera, N. LA., Toasa, O. FP., Córdova, J. LA., Quinatoa, C.GG., Analuisa, S. AY., & Montaluisa, C. EV. (2022). Proceso enfermero en pacientes con shock séptico. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(2).

<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/2003/2886>

## Apéndice A

### Consentimiento informado

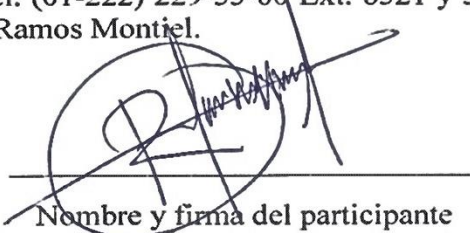
Puebla Pue. a 22 de octubre del 2022

Declaro en forma libre y voluntaria, sin ninguna presión física o moral sobre mi persona, que he comprendido las explicaciones que se me han proporcionado del propósito que conlleva mi participación en el estudio "*proceso de enfermería*" que lleva como título "*cuidados de enfermería en paciente con choque séptico de origen abdominal*" el cual es llevado a cabo por la Licenciada en enfermería Brenda Sandoval Caloch estudiante de la especialidad en enfermería de cuidados críticos con matrícula 222650105.

Además, declaro que se me informó previamente sobre el objetivo del estudio, el procedimiento y tiempo en que se realizará, resolviendo todas y cada una de mis dudas.

Se me ha comentado que tengo el derecho de desertar del estudio si así lo deseo en el momento que yo decida, sin ninguna repercusión de algún tipo. Se me ha informado que el estudio es sin fines de lucro y con fines académicos; es de manera voluntaria sin alguna remuneración económica para alguna de las partes; además, de que la información obtenida y proporcionada de mi persona solo se usará con fines de investigación y educación. Asimismo, estoy de acuerdo en conservar mi anonimato durante todo el estudio.


En caso de que yo requiera más información respecto al uso de la información o el estudio se me dijo que puedo comunicarme a la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Con dirección en la 25 Poniente No. 1304 Col. Volcanes Puebla, Pue. Tel. (01-222) 229-55-00 Ext. 6521 y 5618 o bien con el director del proyecto Mtro Oscar Ramos Montiel.



Nombre y firma del participante



Nombre y firma del testigo 1



Nombre y firma del testigo 2

**Apéndice B**  
**Escala SOFA.**

Sistemas	Indicador	0	1	2	3	4
Respiratorio	PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub>	400	<400	<300	<200 AMV	100
	mmHg					AMV
Coagulación	Plaquetas	150,000	<150,000	<100,00	<50,000	<20,000
	X10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>					
Hígado	Bilirrubinas	<1.2	1.2-1.9	2.5-5.9	6-11.9	>12
	mg/dL					
SCV	PAM	PAM	PAM	Dopamina	Dopamina	Dopamina
	> 70	< 70	<5 o	5.1-15	<0.1	15 o
	mg/dL	mg/dL	dobutamina			Epinefrina >
			a cualquier			0.1
			dosis			Norepinefrina
						> 0.1
SNC	Escala de Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	<6
Renal	Creatinina	<1.2	1.2-1.9	2-3.4	3.5-4.9	>5.0
	Gasto					
	urinario				<500	<200
	ML/día					

## Apéndice C

### *Escala Glasgow*

Variable	Respuesta	Puntaje
Apertura ocular	Espontanea	4
	A la orden verbal	3
	Ante un estímulo doloroso	2
	Ausencia de la apertura ocular	1
Respuesta verbal	Orientado	5
	Confuso	4
	Lenguaje inapropiado	3
	Lenguaje incomprensible	2
	No hay respuesta verbal	1
Respuesta Motora	Obedece ordenes	6
	Localiza estímulos dolorosos	5
	Responde al estímulo doloroso, pero no localiza	4
	Flexión	3
	Extensión	2
	No hay respuesta	1

## Apéndice D

### *Clasificación de AKIN- Clasificación de la Insuficiencia Renal Aguda*

Estadio	Creatinina mg/dL	Diuresis ml/Kg/hora
I.	Aumento > 0.3 mg/dL o aumento de 1.5-2 veces	<0.5 en 6 horas
II	Aumento > 2-3 veces	<0.5 en 12 horas
III	Aumento >3 veces  Creatinina >4 mg/dL con aumento agudo de 0.5 mg/dL	<0.3 en 24 horas

## Apéndice E

### Esca la de Richmond Agitation-sedation

Termino	Descripción
Combativo	Combativo, violento. Un peligro inminente para el equipo
Muy agitado	Jala el tubo endotraqueal o catéteres. Agresivo.
Agitado	Movimientos fuertes involuntarios, asincronía con ventilador.
Inquieto	Ansioso sin movimientos vigorosos ni agresivos
Alerta y en cama	
Somnoliento	No completamente alerta. Mantiene apertura ocular > 10 seg a estímulo verbal
Sedación ligera	Ligeramente despierto con contacto visual (>10 seg) a la estimulación verbal.
Sedación moderada	Movimiento o apertura ocular sin contacto visual a la estimulación verbal.
Sedación profunda	No responde a estímulo verbal, pero presenta movimiento apertura ocular a la estimulación física.
No despertable	No responde a la voz o al estímulo físico

## Apéndice F

### Escala Critical-Care Pain Observation Tool- CPOT

Expresión facial	Relajado	0
	Tenso	1
	Muesca de dolor	2
Movimientos de los miembros	No realiza movimientos	0
	Protección	1
	Agitación	2
Tension muscular	Relajado	0
	Tenso	1
	Muy tenso o rígido	2
Adaptación al ventilador	Bien adaptado	0
	Tose, pero tolera la ventilación	1
	Lucha con el ventilador	2
Vocalización	Habla en tono normal/ no habla	0
	Suspiros, gemidos	1
	Gritos, sollozos	2

## Apéndice G.

### Escala de Braden

Indicador	1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos
Percepción sensorial	Completamente limitada	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitación
Exposición a la Humedad	Siempre húmedo	A menudo húmedo	Ocasionalmente húmedo	Raramente húmedo
Actividad	Encamado	En silla	Deambula ocasionalmente	Deambula frecuentemente
Movimiento	Inmóvil	Muy limitada	Levemente limitada	Sin limitación
Nutrición	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
Cizallamiento y Roce	Riesgo máximo	Riesgo potencial	Sin riesgo	

Riesgo bajo: 15 o + puntos

Riesgo moderado: 13 o 14 puntos

Riesgo alto: menos de 12 puntos