

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



TRABAJO ACADÉMICO
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A
PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO EN LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE
CAJAMARCA - 2022

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS,
EMERGENCIA Y DESASTRES

POR:

LIC. ENF. MIRIAM NOEMI CUSQUISIBAN QUISPE

ASESOR

Dra. VERÓNICA MARÍA CHÁVEZ ROSERO

CAJAMARCA - PERÚ

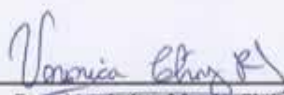
2024

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: Miriam Noemi Cusquisiban Quispe
DNI: 26706411
Escuela Profesional/Unidad UNC: Escuela Profesional de Enfermería
2. Asesor: Dra. Verónica María Chávez Rosero
Facultad/Unidad UNC: Facultad de Ciencias de la Salud
3. Grado académico o título profesional
☐ Bachiller ☐ Título profesional ☒ Segunda Especialidad
☐ Maestro ☐ Doctor
4. Tipo de Investigación:
☐ Tesis ☐ Trabajo de investigación ☐ Trabajo de suficiencia profesional
☒ Trabajo académico
5. Título de Trabajo de Investigación:
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA -2022
6. Fecha de evaluación: 26/12/2024
7. Software antiplagio: ☒ TURNITIN ☐ URKUND (ORIGINAL) (*)
8. Porcentaje de Informe de Similitud: 15%
9. Código Documento: 3117:424508015
10. Resultado de la Evaluación de Similitud:
☒ APROBADO ☐ PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Fecha Emisión: 31/ 01/2025

Firma y/o Sello
Emisor Constancia



Dra. Verónica María Chávez Rosero
DNI: 40147775

COPYRIGHT © 2023 by

MIRIAM NOEMI CUSQUISIBAN QUISPE

Todos los derechos reservados

FICHA CATALOGRÁFICA

NOMBRE DEL AUTOR: Miriam Noemi Cusquisiban Quispe, 2022.

TITULO DEL TRABAJO ACADÉMICO

**APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A
PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA –
2022**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS
CRÍTICOS, EMERGENCIA Y DESASTRES.**

Escuela Académica Profesional de Enfermería

Asesora: Dra. Verónica María Chávez Rosero

Páginas: 89

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE
CAJAMARCA- 2022

AUTORA: Lic. Enf. Miriam Noemí Cusquisibán Quispe

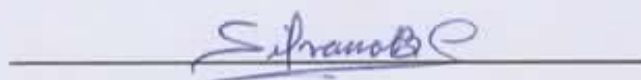
ASESORA: Dra. Verónica María Chávez Rosero

JURADO EVALUADOR



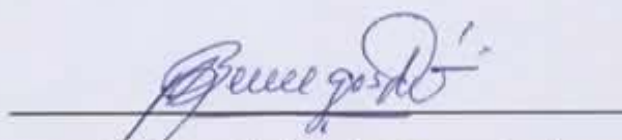
Dra. Santos Angélica Morán Dioses

PRESIDENTE



Dra. Miriam Silvana Bringas Cabanillas

SECRETARIA



M.CS. Petronila Ángela Bringas Durán

VOCAL

Cajamarca 2024, Perú



Universidad Nacional de Cajamarca
Fundada por Ley 14015 del 13 de Febrero de 1962
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA

Av. Atahualpa 1050 – Pabellón 1I – 101 Teléfono N° 076-599488



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJO ACADÉMICO PARA LA
OBTENCIÓN DE TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS, EMERGENCIA Y DESASTRES

En Cajamarca, siendo las 11:00 am del 26 de Diciembre del 2024, los integrantes del Jurado Evaluador, designados por Consejo de Facultad a propuesta de la Coordinadora General de la Segunda Especialidad Profesional, reunidos en el ambiente: Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación del Trabajo Académico titulado: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICANDO A PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL REGIONAL DOCTOR DE CAJAMARCA, CAJAMARCA - 2022.

del (la) profesional:

Lic. - Emf. MIRIAM SVOEMI CUSQUISIBAN QUISPE.

Concluida la sustentación y Realizadas las deliberaciones de estilo, se obtuvo el promedio final de:

Diecisiete (17)

Por lo tanto el jurado acuerda la aprobación del Trabajo Académico del (la) mencionado (a) profesional. Encontrándose APTO (A) para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional en Enfermería en Cuidados Críticos, Emergencia y Desastres.

MIEMBROS DE JURADO EVALUADOR NOMBRES Y APELLIDOS		FIRMA
Presidente	Dra. SANTOS ANGÉLICA MORÁN DIÓSES	
Secretario (a)	Dra. MIRIAM SILVANA BRINGAS CABANILLAS	
Vocal	M.Cs. PETRONILA ÁNGELICA BRINGAS DURÁN	
Asesor (a)	Dra. VERÓNICA MARÍA CHÁVEZ ROSERO	

DEDICATORIA:

A Dios, por cuidarme y guiarme durante mi formación profesional.

A mis padres: Santiago y María, quienes depositaron en mí su confianza y me motivaron para lograr la superación para un futuro mejor.

A mi esposo Roberto Felix y a mis amados hijos: Emigdio Oswaldo, que ahora es un recuerdo en mi memoria y en mi corazón permanecerá como mi mayor tesoro, hijito querido para nosotros tus padres, seguirás viviendo para siempre en nuestros corazones y para Adrián Emanuel, quien es mi compañero y estímulo para seguir adelante y lograr mis objetivos.

A todos ustedes gracias por su compañía, amistad, comprensión, apoyo y gran cariño, que hicieron posible para culminar con éxitos mi segunda especialización.

MIRIAM NOEMI

AGRADECIMIENTO:

Dios, por su infinito amor y misericordia,
por luminar mi camino y permitir concluir
mis estudios de Especialización

La Universidad Nacional de Cajamarca,
Alma Mater, a la Escuela de Enfermería
por albergarme en sus aulas para
estudiar la Especialización

Los docentes de la Segunda
Especialización: Enfermería en
Cuidados Críticos, Emergencias y
Desastres, por sus enseñanzas y
orientación en mi formación profesional
y sobre todo por su amistad.

Así mismo, expreso mi sincera gratitud
a la Dra. Verónica Chávez Rosero,
asesora del presente trabajo, por su
orientación y valioso apoyo.

Todas las personas que de una u otra
forma contribuyeron para la culminación
del presente Estudio Académico

MIRIAM NOEMI

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
FICHA CATALOGRÁFICA	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
RESUMEN	VIII
SUMMARY	IX
I. INTRODUCCIÓN	1
II. GENERALIDADES	3
MARCO CONTEXTUAL	3
CAPÍTULO I	5
MARCO REFERENCIAL DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN	5
OBJETIVOS	8
JUSTIFICACIÓN	9
CAPÍTULO II	11
MARCO TEÓRICO	11
CAPÍTULO III	28
METODOLOGÍA	28
ANÁLISIS Y ARGUMENTACIÓN	64
CONCLUSIONES	69
RECOMENDACIONES	70
BIBLIOGRAFIA	71
ANEXOS	82

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO	82
ANEXO 2 SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA DISFUNCIÓN ORGÁNICA – SOFA	83
ANEXO 3 VALORACION DE ENFERMERÍA POR DOMINOS	84

RESUMEN

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA – 2022

El trabajo Académico tuvo como objetivo determinar la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en paciente con shock séptico atendido en la unidad de cuidados intensivos (UCI), Hospital Regional Docente Cajamarca- 2022. Se utilizó como metodología la revisión bibliográfica y análisis del caso clínico, Paciente de 54 años de edad, sexo femenino, ingreso (25/01/22) por Emergencia al Hospital Regional Docente Cajamarca, con dolor abdominal difuso de intensidad 8/10. El mismo día fue intervenido quirúrgicamente. En el post operatorio se le determina insuficiencia respiratoria por lo que pasa a la Unidad de Cuidados Intensivos para soporte ventilatorio y manejo del cuadro séptico. En donde se refleja la intervención del profesional de Enfermería la cual es rápida, inmediata, e individual; considerando los dominios y clases según la NANDA. El trabajo académico, se enmarcó en las cinco etapas del Proceso de Atención de Enfermería, se realizó la valoración, diagnósticos, se elaboró el plan de cuidados, se ejecutó y evaluó a la paciente reflejándose en la evolución favorable. Conclusiones. El Proceso de Atención de Enfermería es una herramienta básica y metodológica, científica para la ejecución de actividades según la priorización de diagnósticos aplicados a la atención de pacientes con shock séptico y una correcta aplicación incrementa el pronóstico del paciente.

Palabras Claves: Shock séptico, Proceso de Atención de Enfermería.

SUMMARY

NURSING CARE PROCESS APPLIED TO PATIENTS WITH SEPTIC SHOCK IN THE INTENSIVE CARE UNIT, REGIONAL TEACHING HOSPITAL OF CAJAMARCA – 2022

The academic work aimed to determine the application of the Nursing Care Process in a patient with septic shock treated in the intensive care unit (ICU), Cajamarca Regional Teaching Hospital - 2022. The methodology used was the bibliographic review and analysis of the clinical case, a 54-year-old female patient, admitted (01/25/22) by Emergency to the Cajamarca Regional Teaching Hospital, with diffuse abdominal pain of intensity 8/10. The same day she underwent surgery. In the postoperative period, respiratory failure was determined, so she was transferred to the Intensive Care Unit for ventilatory support and management of the septic condition. Where the intervention of the Nursing professional is reflected, which is fast, immediate, and individual; considering the domains and classes according to NANDA. The academic work was framed in the five stages of the Nursing Care Process, the assessment and diagnoses were carried out, the care plan was developed, the patient was executed and evaluated, reflecting in the favorable evolution. Conclusions. The Nursing Care Process is a basic, methodological, scientific tool for the execution of activities according to the prioritization of diagnoses applied to the care of patients with septic shock and a correct application increases the patient's prognosis.

Keywords: Septic shock, Nursing Care Process.

I. INTRODUCCIÓN

El cuidado de enfermería es un proceso dinámico y eficiente de facultades cognitivas, técnicas y afectivas realizadas a favor del paciente en estado crítico, que está en riesgo su salud por problemas reales o potenciales. Para administrar los cuidados de enfermería al paciente con shock séptico que se encuentra en un estado crítico de salud y que está hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos (UCI), la enfermera requiere conocimientos suficientes. Asimismo, debe tener cuidado con los condicionantes que generan fenómenos y situaciones que la persona se enfrenta, luego de superada la enfermedad y las consecuencias que contribuyen al deterioro de la calidad de vida. Si bien hasta hace unos años la piedra angular en el tratamiento del shock séptico eran los antibióticos, y sin excluir su importancia, dado que, administrando un cuidado integral el paciente mejora su estado crítico (1).

Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad (2). En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él (3). Según Watson, el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona (4).

El shock séptico y las secuelas adversas de la respuesta sistémica inflamatoria a la infección constituyen una de las causas más frecuentes de mortalidad en las unidades de cuidados intensivos. En los últimos años se ha evidenciado un incremento tanto en la incidencia de sepsis, como en la mortalidad relacionada con ella, a pesar de los grandes avances en el conocimiento de su fisiopatología y en la tecnología de soporte vital del paciente crítico (5).

Así mismo, en los últimos tiempos han sucedido considerables avances en el campo de la enfermería intensivista, presentándose nuevos conocimientos y prácticas en la labor diaria. Así como lo es, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), instrumento que la enfermera especialista debe dominar; y donde debe quedar plasmada la intervención propia de la enfermera. Por ello,

en el presente trabajo académico se realizó el Proceso de Atención de Enfermería en paciente con Shock Séptico, con el objetivo de dar un tratamiento oportuno, seguro, y cálido, en beneficio del paciente y con la participación activa de la familia.

El presente trabajo académico contiene la siguiente estructura:

Capítulo I: Marco referencial, objetivos y justificación.

Capítulo II: Marco teórico: antecedentes del estudio y bases teóricas.

Capítulo III: Metodología: tipos y métodos de investigación, criterios de selección de documentos, tipos de documentos revisados, métodos de resultados.

Capítulo IV. Análisis y argumentación del tema, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

II. GENERALIDADES

MARCO CONTEXTUAL

Descripción del Hospital Regional Docente Cajamarca.

El Hospital Regional Docente de Cajamarca, se ubica al sur de la ciudad de Cajamarca, capital del Departamento de Cajamarca; desde el mes de enero del año 2012, funciona en la Av. Larry Jhonson Cuadra 7 (Barrio Mollepampa), zona de expansión urbana de la ciudad de Cajamarca, distante aproximadamente a 7 km. de la Plaza de Armas y a un tiempo promedio de 20 minutos utilizando vía terrestre.

Cuenta con un área total de 46,955.80 m², con una construcción de 5 niveles (pisos). El primer nivel está conformado por las oficinas administrativas de asesoramiento y apoyo, servicios generales y consultorios externos. En el segundo nivel se encuentra los servicios de emergencia, admisión, laboratorio, banco de sangre, diagnóstico por imágenes, estadística e informática, consultorios externos.

En el tercer nivel se ubica los servicios de Centro Quirúrgico, Centro Obstétrico, UCI, UCI Intermedio, UCI Neonatal y Neonatología (7).

La unidad de Cuidados Intensivos se ubica en el tercer piso del HRDC, con tres sub áreas UCI-A que cuenta con 5 camas y UCI- B con 07 camas, en UCIN con 6 camas eléctricas, monitores multiparámetros, fibrobroncoscopio, coches de paro, aspiradores de secreciones e implementada con ventiladores mecánicos de alta gama. Además, cuenta con un circuito de flujo de aire acondicionado para UCI y con una sala de recepción, espacio de desinfección y servicios higiénicos, así como con sistemas de ventilación y extractores de aire, tendido de sistema eléctrico y colocación de piso uniforme (7).

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), es una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinario en un espacio específico del hospital, que cumple con requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de

seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que son susceptibles de recuperación y que requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico. La UCI es un área de acceso restringido destinado a proporcionar a los pacientes asistencia intensiva integral las 24 horas del día y donde la coordinación de todos los recursos es primordial (6).

En el año 2022, las causas de mortalidad en Cuidados intensivos en el Hospital Regional Docente Cajamarca, tuvo una incidencia, septicemias de 36 casos anuales (14.5%), Choque, no clasificado, de 15 casos anuales (6.0%) (75).

Mediante Resolución Ministerial N°638- 2017/MINSA, se autoriza al Hospital Regional Docente de Cajamarca, de nivel II-2, realizar actividades correspondientes a la categoría inmediata superior (III-1) de acuerdo a las necesidades de la población. La disponibilidad de una UCI otorga a un centro hospitalario la seguridad de poder prestar asistencia de calidad al enfermo más grave, siendo función de las enfermeras valorar, planificar y proporcionar cuidados de enfermería a los pacientes que son ingresados, así como evaluar sus respuestas (6).

CAPÍTULO I

MARCO REFERENCIAL DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN:

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en el cuidado de los pacientes con shock séptico es muy importante, puesto que, mediante la valoración física y la observación, se pueden determinar las respuestas humanas y los diagnósticos, sobre los cuales se planea el cuidado y se ejecutan las actividades. No obstante, la enfermera debe brindar un cuidado holístico atendiendo y priorizando las necesidades de la persona bajo un contexto de totalidad, comprensiva, cooperativa y de forma inmediata donde se promueva el humanismo y con ello la salud y calidad de vida de la persona en su integralidad contextual (8).

Así mismo, para brindar un cuidado de enfermería adecuado, la enfermera debe tener conocimientos suficientes sobre la patología y todo lo que incluye el shock séptico y que a su vez debe tener en claro los condicionantes que generan fenómenos y situaciones a las que la persona se enfrenta luego de superada la enfermedad y las consecuencias que contribuyen al deterioro de la calidad de vida. Según la Organización Panamericana de Salud y la Organización mundial de la salud, 2022, refieren que cada año, 31 millones de personas sufren un episodio de sepsis aproximadamente, 6 millones de personas mueren por esta causa, en países de bajos y medianos ingresos (9) (10).

Existen diversos factores asociados a la sepsis como son la inmunidad del huésped, agente patógeno causal, diagnóstico oportuno, y acceso a la atención de calidad, los cuales determinan la aparición, frecuencia y letalidad la sepsis. Un gran porcentaje sucede como resultado de complicación de infecciones adquiridas intrahospitalarias y en pacientes inmunodeprimidos hospitalizados. Las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) se han convertido en un desafío por su resistencia a los antibióticos, alta mortalidad y elevados costos económico (10).

El shock es definido como una disfunción circulatoria en que la demanda de oxígeno de los tejidos es superior a la capacidad de transporte del mismo, lo que conlleva a una incapacidad de suplir las demandas metabólicas de los órganos. De los pacientes que se admiten a la unidad de cuidados intensivos (UCI), un tercio ingresan en shock, de los cuales 60% corresponde a shock séptico, cerca del 15% a shock cardiogénico, alrededor de 15% shock hipovolémico y finalmente cerca de 4% obstructivo. El choque séptico es una complicación grave de la sepsis en el cual las alteraciones circulatorias y celulares o metabólicas son tan graves que incrementan el riesgo de muerte de manera sustancial. A pesar de los avances en medicina, la mortalidad puede llegar hasta un 50%; por esta razón es muy importante el diagnóstico oportuno y el tratamiento precoz (11) (12).

En México, según la revista Gaceta Médica en 2020, la prevalencia de la sepsis es del 12.9%, lo cual es mayor que en Estados Unidos y el Reino Unido; e inclusive el doble, en comparación con otros países, como Turquía. Para el 2022 en este país, es causante de más de tres mil muertes al año (13).

En Latinoamérica, en el 2022, existen pocos estudios acerca del comportamiento epidemiológico de la sepsis; sin embargo, en Colombia se realizó un estudio con 826 pacientes diagnosticados con sepsis, de los cuales 51 % la desarrolló por infecciones adquiridas en la comunidad, el 44 % en la UCI, y solo el 5 % durante la estancia en hospitalización en salas generales (14)

Cada año, más de 18 millones de personas en el mundo sufren de sepsis, con una incidencia de 66 a 300 casos por 100,000 habitantes en países desarrollados, cifras que van en aumento, debido al envejecimiento de la población (60 % de los pacientes sépticos tienen edad mayor o igual a 65 años), a comorbilidades propias de la edad y al uso de tratamientos inmunosupresores con una mortalidad calculada entre el 27 % y 36 % , por año se presentan alrededor de 5 millones de muertes a pesar de los avances

en el entendimiento de la enfermedad, y la mortalidad promedio es mayor del 30 %(15).

En un estudio trasversal realizado en 2022 sobre la frecuencia de sepsis y choque séptico en UCI de Lima, se evidenció que más del 25% de los pacientes hospitalizados en UCI tuvieron el diagnóstico de choque séptico en ventilación mecánica. En el ámbito de salud, disponemos de directrices conocidas como guías de práctica clínica para la atención integral de pacientes con sepsis y choque séptico y se denominan. Campaña para sobrevivir a la sepsis; estas directrices nos permiten brindar un tratamiento estandarizado a todos los pacientes con sepsis y choque séptico. Cualquier infección tiene riesgo de convertirse en sepsis, puede evolucionar rápidamente, cada hora perdida aumenta el riesgo para la vida del paciente que requiere atención hospitalaria urgente (74).

En Cajamarca, según el último ASIS publicado del Hospital Regional Docente de Cajamarca (HRDC) correspondiente al año 2019, la sepsis es la tercera causa de mortalidad en el servicio de Emergencia con 36 casos anuales (12.33%), después de las Neumonías/Insuficiencia Respiratoria y las Enfermedades del sistema circulatorio. En el área de Hospitalización se encuentra en el cuarto lugar en mortalidad con 76 casos (9.35%). En la región no se ha encontrado estudios epidemiológicos de sepsis en adultos, sin embargo, una investigación que busca identificar las características clínico.

En el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2022. Otras septicemias es la segunda causa de mortalidad en Hospitalización en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos de 36 casos anuales (14.5%), seguido de choque no clasificado en otra parte de 15 casos anuales (6.0%), y sepsis bacteriana del recién nacido de 12 casos anuales (4.8%) (75).

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en la paciente con Shock Séptico atendido en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Hospital Regional Docente de Cajamarca- 2022.

Objetivos Específicos

1. Realizar la valoración de enfermería del paciente con Shock Séptico atendido en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), del HRC.
2. Elaborar diagnósticos de enfermería del paciente con Shock Séptico atendido en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), del HRC.
3. Elaborar un plan de cuidados de enfermería del paciente con Shock Séptico atendido en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), del HRC.
4. Desarrollar el plan de cuidados de enfermería del paciente con Shock Séptico atendido en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), del HRC.
5. Evaluar el plan de cuidados de enfermería del paciente con Shock Séptico atendido en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), del HRC.

JUSTIFICACIÓN

El profesional de enfermería de la unidad de cuidados intensivos diariamente se enfrenta a muchos retos y desafíos, en donde a través del Proceso de Atención de Enfermería, basados en la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación acertada de cada paciente en estado crítico inician un camino para la obtención de resultados esperados como es la recuperación del paciente. Estos escenarios exigen un alto grado de profesionalismo, preparación y empatía, para ser capaces de valorar, diagnosticar, planificar las actividades, ejecutar e implementar las intervenciones al paciente que cursa con sepsis y evaluar los resultados de acuerdo a los objetivos propuestos.

El shock séptico, es un estado de hipoperfusión tisular en el contexto de un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, caracterizado clínicamente por vasodilatación excesiva y el requerimiento de agentes vasopresores para mantener la presión de perfusión de los órganos. A nivel mundial en el 2022 es causante de 31 millones de casos de los cuales, 6 millones de personas mueren por esta causa, las cifras se elevan en los países de bajos y medianos ingresos y se ha convertido en una de las principales causas principales de muerte maternal y neonatal.

El Proceso de Atención de Enfermería es un método que se desarrolla de manera holística, que permite identificar las respuestas humanas y que guía las acciones fundamentales para realizar intervenciones que conlleven al pronto restablecimiento del paciente basándose en diversos modelos y taxonomías como NANDA, NIC y NOC. De esta manera saber atender de manera apropiada a los pacientes con shock séptico y contribuir a la recuperación de los pacientes. También nuestros hallazgos y conclusiones, para dar inicio a otros trabajos de investigación referidos al tema. Los que aportarían significativamente con conocimientos para la correcta atención a pacientes con shock séptico en la práctica diaria de los profesionales de Enfermería, lo que permitirá mejorar la calidad de atención en la unidad de Cuidados Intensivos, proponer capacitación para mejorar la atención y

cuidados de Enfermería humanizados y de calidad, es viable porque existe la información necesaria y actualizada, así como, los recursos materiales, económicos y el tiempo necesario para su ejecución.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO: Internacionales

Acevedo et al. 2020 en Colombia; realizaron un artículo sobre “Intervención de Enfermería en el paciente con Shock Séptico”, tuvo como objetivo abordar el shock séptico desde la fisiopatología, las manifestaciones clínicas y la identificación de una propuesta de intervención de enfermería que contiene los diagnósticos de enfermería para los sistemas neurológico, cardiovascular, pulmonar, renal y metabólico. El artículo es importante para los profesionales de enfermería, porque ofrece algunas orientaciones para implementar y justificar los cuidados pertinentes y coherentes con las necesidades fisiopatológicas en unidades de cuidado crítico. Concluyeron que la enfermera propone el cuidado a partir de la profesionalización y el desarrollo de su liderazgo, lo cual genera una participación activa, siendo el conocimiento científico y la humanización en el cuidado de enfermería que se brinda a estas personas, los que contribuyen con la pronta recuperación y con la inserción de estos nuevamente en su rol de vida. (1).

Rivera et al. 2020 en Quito-Ecuador, realizaron un estudio “Proceso Enfermero en pacientes con Shock Séptico” Tuvieron como objetivo aplicar el proceso de atención de enfermería en pacientes con shock séptico; basado en la sintomatología, mediante una revisión sistémica de la bibliografía, concluyendo que la correcta aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en los pacientes con shock séptico desde su ingreso, incrementa el pronóstico de vida; la valoración, el planteamiento de diagnósticos enfermeros y la aplicación de intervenciones, favorecen a que los cuidados se realicen de manera dinámica, consciente, ordenada y sistematizada con el propósito de brindar atención eficaz y oportuna al paciente (16).

Nacionales

Flores HM, 2018; en su estudio “Intervención de Enfermería en la Atención de Salud del Paciente con Shock Séptico en las Unidades de Cuidados Intensivos del Hospital III Yanahuara - ESSALUD. Arequipa, 2018”, tuvo como objetivo determinar las intervenciones de Enfermería en la atención del paciente en shock séptico en

las dimensiones biofísica, espiritual y social. Concluyendo que las enfermeras de la UCI, del Hospital III Yanahuara investigadas el 72% promedio brindan cuidados intensivos en la dimensión biofísica: Neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, digestivos, renales, metabólicos y de confort físico a los pacientes en shock séptico previa valoración y diagnóstico de Enfermería en continua frecuencia. Las enfermeras de la UCI del Hospital III Yanahuara investigadas en amplia mayoría (89% promedio) brinda a los pacientes con shock séptico cuidados espirituales relacionados al clima espiritual, apoyo religioso, esperanza de vida, las enfermeras investigadas en más de la mitad (61% promedio) no siempre realizan acciones tendientes a la comunicación con la familia, equipo de salud y pacientes (16).

Neciosup,JC. 2020. En su investigación “Proceso de Atención de Enfermería aplicado al adulto mayor con shock séptico de un Hospital de ESSALUD, Chiclayo, 2019”. Perú. Tuvo como objetivo identificar el estado de salud del paciente; sus problemas reales y de riesgo, estableciendo planes e intervenciones de enfermería que contribuyan a la recuperación de su estado de salud, se tuvo como sustento la Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem. Se aplicaron las cinco etapas del Proceso de Atención de Enfermería: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación, se logró, aplicar los conocimientos adquiridos durante el desarrollo de la práctica. Para la recopilación de los diversos datos, en la etapa de valoración; se utilizaron: fuentes primarias considerando el examen físico, entrevista, la observación y fuentes secundarias: acceso a la historia clínica. Concluyendo que: La teoría del déficit del autocuidado propuesta por Dorothea, permitió esquematizar los problemas que presentó el paciente, posteriormente se planificó las intervenciones de enfermería en base al deterioro que presentaba sostuvo una comunicación horizontal, creando vínculos de confianza y respeto (17).

1. BASES TEÓRICAS

A. Proceso de Atención de Enfermería

Definición

El Proceso de Enfermería es un método sistemático y humanístico de la práctica de enfermería centrado en evaluar, diagnosticar, planear y proporcionar cuidado de enfermería. Lo primordial es identificar las actuales o potenciales necesidades y/o problemas de salud del paciente y la familia, para establecer un plan de acción y proporcionar intervenciones de enfermería, encaminadas a la satisfacción de las necesidades y solución de los problemas de salud identificados (27).

El Proceso de Atención de Enfermería se caracteriza porque tiene una base teórica, pues es un proceso concebido a partir de los conocimientos sólidos que le permiten al profesional plantear y organizar las intervenciones de Enfermería. Con la finalidad de alcanzar un objetivo: la interacción enfermera, paciente, familia, al establecer relaciones recíprocas e interdisciplinarias, es un proceso dinámico y flexible (67).

a) Objetivos del proceso de enfermería:

El objetivo principal del proceso de enfermería es formar una estructura que pueda cubrir con las necesidades del paciente y la familia (27).

Así como también:

Identificar las necesidades y/o problemas reales y potenciales del paciente, familia y comunidad

Establecer planes de cuidados individuales, familiares.

Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

b) Etapas del Proceso de Atención de Enfermería:

El Proceso de Enfermería está conformado por cinco etapas: Valoración, Diagnóstico de Enfermería, Planeamiento, Ejecución y Evaluación.

Valoración:

Es la etapa inicial del proceso de enfermería es primordial, puesto que de su correcta ejecución dependen las demás etapas para alcanzar su desarrollo global. Sus actividades se centran en la recolección sistematizada de información sobre las características personales, estilos de vida, respuestas humanas frente al estado de satisfacción de necesidades básicas y los eventuales problemas de salud. Así como su relación con el vínculo paciente-familia y la comunidad. Utilizando para ello fuentes y métodos (paciente, familia, historia clínica; la observación, entrevista, examen físico, respectivamente (27).

Diagnóstico de enfermería:

En esta etapa, los datos recogidos en la valoración se realiza un análisis crítico e interpretación minuciosa. Su finalidad se centra en identificar con claridad el problema específico que presenta el paciente y las probables causas que lo desencadenan, concluyendo con la formulación del diagnóstico enfermero. Eje central que determina finalmente la situación de salud de paciente. Con este diagnóstico enfermero, se obtiene el objetivo para el resto de las fases del proceso. Asimismo, la precisión del diagnóstico se constituye en el método más adecuado de comunicación de los problemas de salud del paciente (27).

Planeamiento:

En esta etapa se diseña un plan de atención, en el que se fijan prioridades de los problemas encontrados, se identifican objetivos y se establece un plan de actuación con estrategias encaminadas a prevenir, minimizar o corregir los efectos de los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería (27).

Implementación o ejecución:

En esta etapa se pone en marcha lo planificado. El plan de cuidados se utiliza como guía, tanto para la enfermera (o) como para el paciente, su familia y los otros miembros del equipo de salud. Esta etapa incluye, además, el registro de la atención del paciente en la documentación pertinente. Asimismo, es útil para verificar la eficacia del plan de atención (27).

Evaluación:

Es un proceso continuo que permite determinar en qué medida se han alcanzado los objetivos y los resultados de la aplicación del plan de la atención brindada; asimismo, la enfermera (o) valora los progresos del paciente, toma medidas correctivas si hacen falta, y revisa el plan de cuidados de enfermería en su integridad. Para efectos de enseñanza-aprendizaje al Proceso de Enfermería, se lo ha sistematizado en cinco etapas o fases distintas. En la práctica habitual es imposible separar estas fases, ya que están interrelacionadas y son interdependientes (27).

c) Características del Proceso de Atención de Enfermería:

Las características del proceso de enfermería orientan a la enfermera a brindar una atención de calidad centrada en el usuario/paciente. El proceso de enfermería emplea un sistema abierto, flexible y dinámico (27)

Es sistemático, ya que implica, partir de la valoración e identificar necesidades y problemas hacer un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo. Esta característica permite asistir la "Calidad de la Enfermería", erradicando la atención tradicional.

Es dinámico, porque responde a un cambio continuo de las respuestas humanas (cambio de conducta frente a la enfermedad) del cliente, identificadas a través de la relación enfermera- paciente, familia y equipo de salud.

Es evolutivo, porque se orienta según las respuestas (cambios frente a reacciones de la enfermedad) del usuario/paciente.

Es flexible: bajo dos contextos:

El proceso de enfermería se puede adaptar al ejercicio de la profesión en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades que requieren asistencia de enfermería.

Es cíclico, sus etapas están interrelacionadas absolutamente, no es el inicio o el fin, pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente. Sin embargo, permite desarrollar más de una etapa al mismo tiempo.

Enfatiza la retroalimentación, permitiendo la valoración del problema o la revisión del plan de cuidados.

Es interactivo, porque facilita las relaciones recíprocas que se establece entre la enfermera y el usuario/paciente, su familia y los demás profesionales de salud. Esta

característica garantiza el acceso a las necesidades y problemas particulares de cada paciente, por lo tanto, a la atención individualizada.

Se sustenta en una base teórica, el proceso de enfermería ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos, que incluyen, ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería. Además, permite flexibilidad máxima y creatividad tanto para la enfermera como para el paciente, en crear medios para resolver situaciones de salud (27).

d) Importancia del Proceso de Atención de Enfermería:

El proceso de enfermería como herramienta de trabajo en la práctica profesional, complementa lo que realizan los profesionales de otras disciplinas al centrarse en las respuestas humanas; es decir cómo responde la persona a los problemas médicos, a los planes de tratamiento, y a los cambios de las actividades de la vida diaria. Por lo tanto, la aplicación del proceso de enfermería a la práctica ofrece ventajas, tanto para el paciente, la enfermera y la profesión (27).

Para el paciente:

El Proceso de Enfermería invita a participar activamente al paciente, así como a su familia, en el plan de atención. Particularmente a los pacientes ayuda a desarrollar habilidades relacionadas al cuidado de su salud y los compromete más con las metas de su cuidado. Asimismo, permite la continuidad de los cuidados por parte de los profesionales, dando lugar a un ambiente seguro y terapéutico, contribuyendo de esta manera a la recuperación del paciente. El Proceso de Enfermería faculta atención individualizada al paciente, mejorando de esta manera la calidad de su atención; además porque los planes de cuidado son accesibles a todas las personas involucradas en el cuidado del paciente (27).

Para la enfermera (o):

El proceso de enfermería estimula a una educación consistente y sistemática. Al respecto la Sociedad Nacional de Enfermería (SNE) en San Luis California desde 1978, viene administrando la acreditación voluntaria de programas de enseñanza

del proceso de enfermería, para ser aplicados durante la práctica profesional. El Proceso de Enfermería potencia la profesionalización, estimulando el desarrollo de las habilidades interpersonales, cognoscitivas y técnicas de la enfermera, permitiéndole:

Satisfacción en el trabajo, ya que los planes de atención bien desarrollados, permiten dosificar tiempos, evitar gasto de energía, errores, coordinación oportuna con otros miembros del equipo de salud, incrementando de manera considerables el logro a la solución de los problemas que presenta el paciente. Produce, asimismo, complacencia al alcanzar los objetivos propuestos y, por lo tanto, cambios favorables en la salud del paciente.

Desarrollo profesional. Por sus conocimientos la enfermera evaluará la efectividad de sus intervenciones y cuáles pueden ser adaptadas a las necesidades de otros pacientes Este proceso realza la habilidad y la competencia de la enfermera.

Evitación de acciones legales. Cuando la enfermera desarrolla cada paso del proceso correctamente, está llevando consigo sus obligaciones legales en cada acción de su cuidado al usuario/paciente (27).

Para la profesión:

En el contexto profesional, el proceso de enfermería proporciona el marco científico del quehacer de la Enfermería como disciplina. A través de sus cinco fases, la enfermera continúa definiendo su rol múltiple en la atención al paciente en coordinación con los demás miembros del equipo sanitario; dejando en claro, que el campo profesional es más amplio que la simple ejecución de las indicaciones médicas, tal como equivocadamente se concibe. Asimismo, el proceso de enfermería facilita el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales o de alto riesgo, reduciendo la incidencia (y la duración) de los ingresos hospitalarios (27). Cuenta con requerimientos precisos de documentación diseñados para:

Mejorar la comunicación y prevenir errores, omisiones y repeticiones innecesarias en el plan de atención.

Establecer una fuente de datos para realizar estudios que permitan el avance de la profesión en pos de mejorar la calidad y la eficiencia de los cuidados de enfermería.

Tener en cuenta al usuario/paciente como un ser holístico.

El proceso de enfermería, por la importancia que tiene en el ejercicio profesional, ha sido incorporado en las Directrices para la práctica de la enfermería clínica, desarrolladas y publicadas por la ANA (1991). Estas Directrices se enmarcan en Directrices de atención y Directrices de rendimiento. Las primeras definen la asistencia que se debe prestar a los clientes que solicitan los servicios profesionales de enfermería, y forman la base de la toma de decisiones clínicas (36).

Estas Directrices avalan la legalidad del proceso de enfermería en cada una de sus etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Y las Directrices del rendimiento profesional identifican expectativas adicionales del profesional en el cumplimiento de sus funciones o rol múltiple, basado lógicamente en su formación, cargo y campo de acción. Los profesionales de Enfermería son responsables de llevar a cabo una práctica de acuerdo con estas directrices, independientemente del campo de acción (36).

Taxonomía NANDA 2021-2023:

Este modelo guía la valoración teniendo en cuenta la clasificación de los diagnósticos organizados en función a las respuestas humanas de la persona en su contexto biopsicosocial, y área de interés o competencia que maneja y desarrolla la enfermera, conocido como Dominio. Los dominios son: Promoción de la salud, Nutrición, Eliminación, Actividad / reposo, Percepción / Cognición, Autopercepción, Rol / Relaciones, Sexualidad, Afrontamiento / Tolerancia al estrés, Principios Vitales, Seguridad / Protección, Confort y Crecimiento / Desarrollo (27).

La clasificación del NANDA contiene tres términos que son claves para la comprensión de la estructura organizativa que presenta dicha clasificación.

Estos términos son:

Eje: Se define como “la dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico”.

Dominio: Representa el nivel más abstracto de la clasificación, con ellos se trata de dar unidad al significado de los diagnósticos que se agrupan en un mismo dominio.

Clase: Contiene los conceptos diagnósticos, definidos como el elemento principal o parte esencial y fundamental del diagnóstico, y los diagnósticos que se relacionan con dichos conceptos (28).

La Taxonomía NANDA 2021-2023 está organizada en tres niveles: El primer nivel comprende 13 Dominios, 46 clases y 267 diagnósticos (28).

TAXONOMIA: La North American Nursing Diagnosis Association desarrolla una terminología concreta para describir los diagnósticos enfermeros, intervenciones y resultados, esta relación refleja la necesidad de una estructura común.

La taxonomía NNN (NANDA-NOC-NIC) para la práctica enfermera se ha creado y refinado en los últimos años para unir los diagnósticos, los resultados y las intervenciones enfermeras. El uso de este lenguaje estandarizado ha posibilitado la normalización de la práctica enfermera y el conocimiento de esta, disminuyendo la variabilidad de la práctica clínica, pudiendo identificar los problemas y necesidades de cuidados de los pacientes, qué resultados esperamos y qué intervenciones son necesarias (28).

NIC (NURSING INTERVENTIONES CLASSIFICATION):

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), es un medio para identificar el tratamiento que las enfermeras realizan, organizar esta información en una estructura coherente y proporcionar el lenguaje para comunicarse con las personas, familias, comunidades, miembros de otras disciplinas y la población en general. Es útil para la planificación de los cuidados, la documentación clínica, la comunicación de cuidados en distintas situaciones, la integración de datos entre sistemas y situaciones, la investigación eficaz, la cuantificación de la productividad, la evaluación de la competencia, la retribución, la docencia y el diseño de programas (29).

La Clasificación de Intervenciones Enfermeras recoge las intervenciones de enfermería en consonancia con el diagnóstico enfermero, adecuadas al resultado que esperamos obtener en el paciente, y que incluyen las acciones que se deben realizar para alcanzar dicho fin. La NIC utiliza un lenguaje normalizado y global para

describir los tratamientos que realizan los profesionales de enfermería desde la base de que el uso del lenguaje normalizado no inhibe la práctica; sino que más bien sirve para comunicar la esencia de los cuidados de enfermería a otros y ayuda a mejorar la práctica a través de la investigación (30).

NOC (NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION):

Hace referencia a la clasificación de resultados de enfermería. La taxonomía NOC trata de dotar a la enfermería de un sistema validado y un lenguaje propio para identificar, nombrar y medir los resultados que resultan de su práctica. La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), incorpora una terminología y unos criterios estandarizados para describir y obtener resultados como consecuencia de la realización de intervenciones enfermeras. Estos resultados representan los objetivos que se plantearon antes de efectuar estas intervenciones. También hace uso de un lenguaje estandarizado de cara a universalizar el conocimiento enfermero. Facilita la comprensión de resultados y la inclusión de indicadores específicos para evaluar y puntuar los resultados obtenidos con el paciente (30) (31).

Su contenido favorece la optimización de la información para la evaluación de la efectividad de los cuidados enfermeros complementándose con la información aportada a través de otras clasificaciones. También se define como una organización sistemática de resultados en grupos o categorías basadas en semejanzas, diferencias y relaciones entre resultados (30) (32).

B. Shock séptico:

Definición: El shock séptico se define por la presencia de una insuficiencia circulatoria con, al menos, una falla orgánica en relación con una infección. Su pronóstico depende de la rapidez con que se instale el tratamiento y en particular de la introducción de un tratamiento antibiótico adecuado (68).

Fisiopatología:

Acción de la endotoxina:

Fijación al sistema retículo endotelial (S.R.E). provocando el fracaso de su Función desintoxicante.

Combinación con los leucocitos formando un complejo simpaticomimético.
Fragiliza los lisopolipéptidos vasoactivos.
Provoca agregación plaquetaria con liberación de histamina.
Activa el factor XII de la coagulación (coagulación intravascular diseminada).
Disminución del 2-3 difosfoglicerato.
Acciones depresoras miocárdicas.
Vasoconstricción periférica, disminución del flujo tisular e hipoxia sistémica (19)

C) Alteraciones hemodinámicas:

Shock hiperdinámico o caliente.

Producido por bacterias Gram positivos, virus y rickettsias.
Hipotensión, taquicardia, hiperventilación.
Aumento de la permeabilidad capilar con pérdida de plasma y vasodilatación por la respuesta inflamatoria (20)

Shock hipodinámico o frío.

Precedido de una fase caliente por la termogénesis.
Posteriormente, disminución del Gasto cardíaco y vasoconstricción.
Shock inicial: Hipoxia crítica.
Shock establecido: Hipoxia isquémica.
Shock refractario: Hipoxia de estasis (20)

Alteraciones viscerales y biológicas de la fase de comienzo.

Estado de insuficiencia cardiorrespiratorio.
Descenso de la perfusión coronaria.
Trastornos de la permeabilidad alvéolo-capilar (20).

Causas:

Los microorganismos causantes de la infección pueden ser bacterias, virus, hongos y/o parásitos, entre las pruebas diagnósticas más empleadas podemos distinguir: **Cultivos**, se recogerán con técnica estéril antes de iniciar tratamiento antibiótico siempre que sea posible, urocultivo, exudado traqueal o muestra de esputo, exudado de heridas, Líquido Céfalo raquídeo, si procede, retirada de catéteres preexistentes y cultivo de éstos. Si procede.

Radiografía de tórax

Pruebas de imagen, Tomografía Axial Computarizada, ecografía.

Ecocardiograma, analítica completa de la sangre y orina, gasometría arterial (19) (20).

D. Factores de Riesgo:

Diabetes.

Enfermedades del aparato genitourinario, el aparato biliar o el aparato digestivo.

Enfermedades que debilitan el sistema inmunitario, como el SIDA.

Sondas permanentes (aquellas que se mantienen en su lugar por períodos extensos, especialmente vías intravenosas y sondas vesicales, al igual que estén de metal o de plástico usadas para el drenaje).

Leucemia.

Uso prolongado de antibióticos

Linfoma.

Infección reciente.

Cirugía o procedimiento médico reciente.

Uso reciente de esteroides.

Trasplante de órgano sólido o médula ósea (20).

E. Tratamiento:

Tratamiento de emergencia

El enfermo necesitará tratamiento hospitalario de emergencia y puede requerir la admisión en una unidad de cuidados intensivos (UCI) si: La sepsis es grave.

Se desarrolla shock séptico – cuando la presión arterial cae a un nivel peligrosamente bajo.

Las unidades de cuidados intensivos pueden apoyar cualquier función corporal afectada, como la respiración o la circulación sanguínea, mientras que el personal médico se concentra en tratar la infección.

Sin embargo, la sepsis es tratable si se identifica y trata rápidamente, y en la mayoría de los casos conduce a la recuperación completa sin problemas duraderos. (20)

Antibióticos:

El tratamiento principal para la sepsis, son los antibióticos, que se administrarán vía endovenosa, se recomienda comenzar dentro de una hora después de hacer el diagnóstico para reducir el riesgo de complicaciones serias o la muerte. Los antibióticos intravenosos se reemplazan por vía oral después de dos a cuatro días y debe continuar por 7 a 10 días o más, dependiendo de la severidad de la enfermedad (21)

Líquidos intravenosos:

El paciente necesita cantidades crecientes de líquido para prevenir la deshidratación y la insuficiencia renal, por lo general se le administrarán líquidos por vía intravenosa durante las primeras 24 a 48 horas después de la admisión si se diagnostica sepsis grave o shock séptico. En estos casos es importante que los médicos indiquen medir la cantidad de orina que los riñones está produciendo para que puedan detectar signos tempranos de insuficiencia renal, con este objetivo el paciente, tendrá un catéter insertado en la vejiga que permite medir con exactitud la producción de orina.

Oxígeno:

La demanda de oxígeno del cuerpo aumenta si tiene sepsis, Si el paciente se ingresa con el nivel de oxígeno en la sangre bajo, generalmente se le administra oxígeno, a través de una máscara de alto flujo.

Tratamiento de la fuente de infección:

Si se puede identificar una fuente de la infección, como un absceso o una herida infectada, también será necesario tratarla, por ejemplo, si hay una colección de pus, ésta debe ser drenada o, en casos más serios, puede ser necesaria cirugía para eliminar el tejido infectado (21)

Tratamiento por Catéter Venoso Central

Los medicamentos llamados vasopresores se utilizan si la persona tiene presión arterial baja causada por la sepsis, los que normalmente se administran por vía intravenosa mientras el paciente se encuentra en la UCI. También se pueden

administrar líquidos extra por vía intravenosa para ayudar a aumentar la presión arterial

Otros tratamientos adicionales, se pueden requerir tales como:

Corticosteroides

Medicación con insulina

Transfusión de sangre

Ventilación mecánica; se utiliza una máquina para ayudarle al enfermo a respirar

Hemodiálisis; una máquina filtra la sangre para realizar la función de los riñones (21)

F. Cuidado de Enfermería en paciente con Shock Séptico:

La atención del paciente en estado crítico plantea problemas diagnósticos y terapéuticos específicos. Al evaluar inicialmente a un paciente se debe tener un esquema conceptual de las características de la disfunción de órganos y sistemas que son comunes a alteraciones críticas. Además, en la persona con insuficiencia de múltiples órganos, la reanimación o la estabilización suele ser más importante que la definición inmediata del diagnóstico específico. (24)

a) Objetivo:

- Optimizar la oxigenación y ventilación.
- Equilibrar la demanda y el aporte de oxígeno al miocardio
- Mejorar la perfusión tisular.
- Controlar y/o prevenir complicaciones.
- Proporcionar apoyo emocional.

b) Actuación inicial:

Realizar medición continua de las funciones vitales presión arterial: PA, frecuencia cardíaca: FC, frecuencia respiratoria: FR, saturación de oxígeno: SPO₂, temperatura: T° y con monitorización horaria.

Canalizar dos vías periféricas de grueso calibre.

Preparar material y asistir en la inserción de catéter venoso central (fundamental para realizar un rápido aporte hídrico).

Determinar la presión venosa central (PVC) y frente a los cambios tomar decisiones.

Colocar catéter vesical para controlar el débito Urinario (fundamental para valorar el volumen minuto Urinario).

Monitorizar la diuresis horaria.

Realizar balance hídrico estricto.

Administrar oxígeno mediante mascarilla Venturi. (mantener una $SPO_2 > 95\%$).

Preparar material y asistir en la intubación endotraqueal.

Vigilar y valorar los parámetros de ventilación mecánica invasiva (VMI).

Preparar medicación (aminas vasoactivas: dopamina, Dobutamina, etc.) y sueroterapia.

Colocar sonda nasogástrica (SNG).

Mantener SNG permeable.

Tomar una muestra de AGA e interpretar resultados y tomar decisiones. La medición de gases en sangre arterial sirve como guía para conocer el grado de oxigenación y la gravedad de la hipoperfusión, la cual se determina por la presencia o ausencia de acidosis metabólica.

Solicitar una radiografía de tórax y hacer efectivo.

Solicitar pruebas analíticas completas, como: hemograma, pruebas de función hepática, pruebas de coagulación, pruebas cruzadas, hemocultivos.

Determinación de glucosa y lactato sérico. Es de importancia conocer la concentración del lactato Sérico, aunque a pesar de su especificidad, la persistencia de niveles altos de lactato ha sido descrita como un buen marcador de pronóstico metabólico.

Administrar hemoderivados, en caso indicado, como: paquetes globulares.

Realizar EKG completo y monitorización del ritmo cardíaco.

Favorecer el bienestar del paciente.

Informar a la familia, sobre las pruebas y procedimientos que se le realizarán.

Brindar apoyo emocional.

Registrar en la gráfica de enfermería (25).

c) Procedimientos:

Preparar material, insumos y asistir en:

Colocación de una vía central.

Control de la PVC.

Cateterización vesical.

Inserción de sonda nasogástrica.

Intubación endotraqueal.

Ventilación mecánica.

d) Tratamiento:

Administración de antibióticos (administrar los medicamentos según prescripción Médica). Administración de sueroterapia, como: cristaloides (solución salina) y coloides (expansores del Volumen del plasma), debido a la pérdida de líquido volumen del plasma), debido a la pérdida de líquido Vascular y su secuestro en los tejidos. La administración debe de realizarse con precaución para evitar una insuficiencia cardíaca. El plasma fresco congelado ayudara a restablecer los factores de coagulación, con objeto de prevenir los factores de coagulación intravascular diseminada. (26)

e) Intervenciones de enfermería: Realizar:

Valoración de constantes vitales cada hora.

Valoración del estado de volemia.

Valoración de la función respiratoria. - auscultación. - simetría de la expansión torácica. - sincronía del V.M.

Valoración neurológica: Nivel de conciencia, Agitación, Desorientación.

Nivel de sedación: escala de agitación y sedación de Richmond (RASS).

Nivel de ansiedad.

Valoración de la vía aérea artificial.

Valoración del riesgo de aspiración.

Valoración de la integridad de la piel y mucosas.

Valoración del estado nutricional.

Valoración de la ansiedad.

Valoración Hemodinámica:

La diuresis: si presenta poliuria, oliguria y anuria.

Monitoreo de la PVC.

Valoración de presión arterial pulmonar (PAP) y de la presión capilar pulmonar (PCP).

Valoración del gasto cardiaco.

f) Observaciones de Enfermería:

Observar estrechamente al paciente y detectar posibles signos de empeoramiento: Hipotensión, Cambios en el nivel de conciencia, Temperatura alta, piel pálida, fría y sudorosa, aparición de moteado (petequias, equimosis) en piernas, aumento de la Taquipnea y aparición de disnea.

Control de la temperatura: observar la aparición de picos de fiebre, y aplicar medios físicos o un antipirético según prescripción médica.

Observar signos de sobrehidratación como edema, crepitantes basales.

Comprobar los valores de las cateterizaciones y de la arteria pulmonar.

Controlar la saturación de oxígeno mediante una gasometría arterial.

Realizar cuidados respiratorios vitales (aspiración de secreciones) para prevenir las complicaciones del edema pulmonar y del síndrome de distrés respiratorio del adulto.

Controlar los efectos secundarios de los fármacos inotrópicos, dopamina y dobutamina (taquicardia) o vasodilatadores (hipotensión) (28)

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Para la presente investigación se realizó la revisión bibliográfica de casos clínicos de Shock Séptico y el análisis, siguiendo los pasos estrictos de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería. Se Seleccionó una paciente con shock séptico de la UCI del HRDC, se utilizó fuentes secundarias como la historia clínica y, previo consentimiento de sus familiares, se recolectó la información, se analizó el diagnóstico de enfermería, planificándose las actividades y se evaluó el cumplimiento de los objetivos de acuerdo a las respuestas humanas.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

El día de su ingreso (25/01/22), paciente inicia enfermedad a las 10 de la mañana, con dolor abdominal difuso de intensidad 8/10 valorado a través de la escala de valoración del dolor (EVA), sin asociar náuseas, ni vómitos ingresó al Centro de Salud donde se administró analgésicos endovenosos, no aliviando el dolor; es referido por emergencia al Hospital Regional Docente Cajamarca. El mismo día fue intervenido quirúrgicamente a nivel abdominal, encontrándose más o menos un metro de necrosis a nivel de íleon terminal hasta más o menos 12 cm de válvula ileocecal. En el post operatorio se le determina insuficiencia respiratoria por lo que pasa a la Unidad de Cuidados Intensivos para soporte ventilatorio y manejo del cuadro séptico.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN SHOCK SÉPTICO

1. VALORACIÓN:

A. Datos de filiación:

- **Nombres y Apellidos:** N.A
- **Edad:** 54 años
- **Sexo:** femenino.
- **Peso:** 59 Kg.
- **Talla:** 150 cm.
- **IMC:** 26.2 m2
- **Fecha de nacimiento:** 5/10/1967
- **Grado de Instrucción:** Secundaria completa.
- **Ocupación:** Ama de casa.
- **Procedencia:** Cajamarca
- **Religión:** católica.
- **Estado Civil:** Conviviente.
- **Servicio:** Unidad de Cuidados Intensivos.
- **Nº de cama:** 5
- **Fecha de ingreso:** 25/1/22
- **Hora de Ingreso:** 13.00 p.m.

Diagnósticos Médicos:

- Shock Séptico.
- Diabetes Mellitus Tipo II.

Antecedentes

Antecedentes familiares:

- Madre y padre aparentemente sanos.

Antecedentes personales patológicos:

- Enfermedades previas: Diabetes Mellitus Tipo II.
- Hospitalización: niega
- Cirugías previas: niega
- Alergias: niega

DATOS DE LABORATORIO

HEMOGRAMA

DATOS	PACIENTE	VALORES NORMALES
Rec. Leucocitos	23 530 x mm ³	5 000 – 10 000 x mm ³
Eosinófilos	0.1% ↓	1-4 %
Basófilos	0.4 % ↑	0-1%
Linfocitos	5.4 % ↓	20- 35 %
Monocitos	3.7% ↓	4-8 %
Segmentados	90.4% ↑	45-65%
Hematíes	3 450 000 ↓	4 000 000- 5000000 x mm ³
Hemoglobina	7.3 g/dl ↓	12-16 g/dl
Hematocrito	25.6%	37-48%
Plaquetas	71000 x mm ³ ↓	150 000 – 300 000 x mm ³
Volumen corpuscular medio	109.4 fl	80-100 fl
Volumen plaquetario medio	11.9 fl	7.4-10 fl
Índice de anisocitosis (RDW)	19.1%	11.5-14.5 %
PVC	4 mmHg ↓	8-12 mmHg

BIOQUÍMICA SANGUÍNEA

DATOS	PACIENTE	VALORES NORMALES
Glucosa	258 mg/dl ↑	60-110 mg / dl
Urea	180 mg/ dl ↑	10- 50 mg /dl
Creatinina	3.14 mg/ dl ↑	0, 6 – 1, 2 mg /dl

GASOMETRÍA ARTERIAL (AGA)

DATOS	PACIENTE	VALORES NORMALES
pH	7.58	7.38-7.42
PaCO ₂	46.5 mmHg ↑	38 a 42 mmHg
PaO ₂	68.1 mmHg ↓	75 a 100 mmHg
HCO ₃	16.0 mmol/L ↓	22 a 28 mmol/L

SPO ₂	87 %	95-100 %
Na ⁺	154 mmol/L ↑	136- 145 mmol/L
K ⁺	5.0 mmol/L	3.5-5 mmol/L
Cl ⁻	126 mmol/L	98-106 mmol/L
Ca ⁺⁺	1.18 mmol/L	1.1-1.4 mmol/L

ELECTROLITOS

DATOS	PACIENTE	VALORES NORMALES
Na ⁺	156 mmol/L	135-145 mmol/L
K ⁺	4.3 mmol/L	3.5-5.5 mmol/L
Cl ⁻	126 mmol/L	98-106 mmol/L
Mg ⁺	2.43 mg/dl	1.5-2.5 mg/dl

EXAMEN FÍSICO DE ORINA

DATOS	PACIENTE	VALORES NORMALES
Aspecto	Turbio	Sin turbidez
Color	Amarillo	Amarillo pálido
Densidad	1.030	1.015- 1.020
PH	5	4.5- 7.5

A. FUNCIONES VITALES

FUNCIONES VITALES	PACIENTE	VALORES NORMALES
Temperatura (°C)	38.5 °C	36,5- 37, 5 C°
Frecuencia cardíaca (l x min)	130 lpm ↑	60 a 100 latidos por minuto
Frecuencia respiratoria (resp x min)	35 por minuto ↑	16 a 20 por minuto
Presión arterial (mmHg).	85/64 mmHg ↓	140- 100 mmHg 90- 60 mmHg
Saturación de oxígeno (SO ₂)	87%	95-100 %

B. Examen físico

a. Examen General

Signos vitales

- Temperatura: 38.5°C
- Frecuencia cardiaca: 130 x min
- P/A: 85/64 mm/Hg, PAM: 71 mm/Hg,
- Frecuencia respiratoria: 35x min
- SPO₂: 87%

Apreciación general del paciente:

- En aparente mal estado general, con analgesia.
- Piel: Normocrómica, caliente, llenado capilar lento > a 2´´.
- Tejido celular subcutáneo: No edemas, no lesiones.
- Ganglios linfáticos: No se palpan adenomegalias.

b) Examen por regiones:

Cabeza

- Cráneo: Normocéfalo, no lesiones, no heridas
- Cara: No alteraciones
- Párpados: No lesiones
- Cejas: Simétricas sin lesiones

Ojos

- Globos oculares: Sin lesiones
- Conjuntiva: No pálida, no ictérica
- Córnea: Sin lesiones
- Pupilas: pupilas isocóricas foto reactivas.
- Agudeza visual: Conservado, no alteraciones
- Nariz: Central, simétrica, fosas nasales permeables con presencia de sonda nasogástrica campada en fosa nasal derecha
- Oídos: Pabellón auricular sin lesiones, CAE permeable.

Boca:

- Labios: secos, no lesiones.
- Dientes: Dentadura incompleta

- Encías: No sangrado
- Mucosa oral: Hidratada
- Lengua: Sin evidencia de signos de deshidratación
- Nada por vía oral (NPO)

Cuello:

- Con Catéter Venoso Central de tres lúmenes en subclavia derecha
- Tráquea: Con apoyo ventilatorio por tubo endotraqueal en ventilación mecánica modo A/C, la fracción inspiratoria de oxígeno (FiO₂) 50%.

Tórax:

Pulmones

- Inspección: Tórax simétrico.
- Palpación: No se palpan masas
- Auscultación: Roncantes y estertores en ambos campos pulmonares

Abdomen:

- Inspección: abdomen blando y depresible
- En cuadrante inferior derecha presenta drenaje Penrose cubierta con Gasa serohemática, drenado secreción purulenta 50 cc en 3 horas, Ileostomía drenando heces semilíquidas 100 cc en 3 horas

Genitourinario:

- Genitales diferidos. Con sonda foley para control hemodinámico Presentando orina colúrica y oligúrica (30 cc en 3 horas)

Recto:

- Diferido

Sistema musculo-esquelético:

- Motricidad y tonicidad muscular no evaluable por Sedo analgesia.
- Función cognoscitiva: No evaluable

c) Tratamiento

- Nada por vía Oral (NPO).
Sedo analgesia: Midazolam 50 mg 2 ampollas /100 cc de cloruro de Sodio 0.9% 8 cc/hr, Fentanilo 0.5 mg 2 amp /100 cc de 15 cc/ hr.
- Noradrenalina 4mg 2 amp /100 cc de cloruro de sodio 0.9% 20 cc/hr.
- Cloruro de sodio 0,9% 500 ml stat.
- Agua destilada 1000 ml más bicarbonato de Na 8.4% 1amp más kalium

10 mg 1 amp a 120 cc/hr.

- Hidrocortisona 100 mg 2 amp / 100 de cloruro de sodio al 0.9 % a 4.2 cc /h
- Meropenen 500 mg 2 amp c/12 hrs EV.
- Ranitidina 50 mg c/12hrs EV.
- Metamizol 1gr c /8 hrs EV.
- Metoclopramida 10 mg c/24 hrs.
- Insulina cristalina 100 UI diluido con 100cc. de SF, a 3cc/h. mantener glicemia < a 180 mg/dl.
- Enoxaparina 40 mg c/24 hrs. Pasar dos paquetes globulares.
- Ventilación mecánica modo A/C.
- Aspiración de secreciones.
- Cabecera 45 °.
- Glicemia c/6 hrs.
- Movilización c/2 hrs
- BHE
- CFV

C. VALORACION: Modelo de Clasificación de Dominios (NANDA 2021- 2023).

Dominio 1: Promoción de la Salud.

Familiar (esposo) refiere que su esposa es la persona que cuida su hogar, siempre fue descuidada con su alimentación, no le gusta acudir a un Centro Médico, se automedica y no cumple con el tratamiento indicado para Diabetes mellitus.

Dominio 2: Nutrición.

Paciente en NPO. Peso actual= 59 kg Talla = 1.50 cm. IMC: 23.6 kg/m Mucosas semihidratadas. Proteínas: 5.1, hemoglobina: 7.3, glucosa: 258 mg/dl

Normalmente consumía tres comidas al día y dos refrigerios, no manteniendo este consumo en el hospital.

Dominio 3: Eliminación e Intercambio.

Paciente posee sonda Foley conectado a una bolsa colectora, presenta micción colúrica en estado de oliguria (30 cc en 3 horas). A nivel abdominal presenta drenaje

Penrose, cubierta con gasas húmedas y hemáticas, drenando secreción purulenta 50 cc en 3 horas. Con ileostomía presentando deposiciones semilíquidas (100 cc en 3 hrs). Con apoyo ventilatorio por tubo endotraqueal en ventilación mecánica modo A/C, SPO₂:87%, FiO₂:50%, Presión de Final de Espiración Positiva (PEEP) 7, FR: 35, PI: 17. Con presencia de secreciones amarillentas en regular cantidad (5cc).

Dominio 4: Actividad/Reposo.

Paciente se encuentra en su unidad en decúbito supino, con cuello en hiperextensión, fuerza y tonicidad muscular de miembros inferiores y superiores no evaluables por Sedoanalgesia, escala de la agitación y sedación Richmond (RASS) -4. FC: (130 x'). Con apoyo ventilatorio por tubo endotraqueal en ventilación mecánica modo A/C, SPO₂:87%, FiO₂ 50%, Presión de final de Espiración Positiva (PEEP): 7, FR: 35 x', PI: 17. Con presencia de secreciones amarillentas en regular cantidad (50 cc).

Dominio 5: Percepción/Cognición.

Se encuentra con Sedoanalgesia, escala de la agitación y sedación Richmond (RASS) - 4.

Dominio 6: Auto Percepción.

No evaluable

Dominio 7: Rol/Relación.

Paciente ama de casa cuidadora del hogar y de su familia. Recibe visita de esposo e hijas.

Dominio 8: Sexualidad.

Paciente de sexo femenino

Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al Estrés.

No evaluable

Dominio 10: Principios Vitales.

Paciente profesa la religión católica

Dominio 11: Seguridad/Protección.

Paciente hemodinámicamente inestable. Piel pálida, caliente, con TET con secreciones amarillentas en regular cantidad, presenta vía central de tres lúmenes

permeables., con sonda nasogástrica clampada, mucosas semihidratadas. Su termorregulación es de 38.5°C. Se requiere cama con barandas.

Dominio 12: Confort

Paciente se encuentra en su cama con barandas, en decúbito supino. Con Sedo analgesia.

Dominio 13: Crecimiento y Desarrollo.

No evaluable.

c. Confrontación con la Literatura, Análisis e Interpretación:

DATOS:	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA
- Datos subjetivos No aplica - Datos objetivos: FR 35 X FC:130 X minuto Palidez Gasometría arterial anormal: pH: 7.58 PaCO₂:46.5 PaO₂: 68.1 HCO₃:16.0 FiO₂ :50% SPO₂:87%	La función del sistema cardiovascular es proporcionar continuamente nutrientes y oxígeno a los tejidos para el mantenimiento de la función celular normal. La disfunción celular en condiciones de shock se explica, al menos en parte, por la presencia de hipoperfusión e hipoxia tisulares (hipoxia por bajo flujo, disminución de la disponibilidad de oxígeno a nivel mitocondrial). En condiciones de shock resucitado, el efecto de ciertos compuestos (como el peroxinitrito, formado a partir del anión superóxido y del óxido nítrico, ambos formados en exceso en el shock y la sepsis) sobre la respiración mitocondrial explica la disfunción celular (hipoxia citopática, causada por un empeoramiento en la capacidad de utilizar el oxígeno más que por una disminución	Deterioro del intercambio de gases.	Desequilibrio en la ventilación – perfusión	Taquipnea, palidez y gasometría arterial anormal.	Deterioro del Intercambio de gases r/c desequilibrio en la ventilación – perfusión e/p taquipnea, palidez, gasometría arterial anormal: pH: 7.58 PaCO₂:46.5 mmHg PaO₂: 68.1 mmHg HCO₃:16.0 mmol/L SPO₂:87%

	en su disponibilidad). La elevación de la PCO ₂ tisular o venosa permite un abordaje del diagnóstico de hipoxia a nivel tisular. (33).				
DATOS	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA
- Datos subjetivos: No aplica Datos Objetivos: Hipotensión arterial PA=85/64 mmHg, piel pálida, PVC= 4 mmHg, taquicardia FC=130 por minuto, Llenado capilar > 2 seg.	La hipotensión se produce cuando el gasto cardíaco disminuye y/o la resistencia vascular sistémica disminuye. En el caso del Shock Séptico las toxinas liberadas por bacterias u hongos pueden causar daño tisular. Esto puede llevar a que se presente presión arterial baja y funcionamiento deficiente de órganos. (36). Además de los signos de actividad simpático-suprarrenal (taquicardia, vasoconstricción) en el shock séptico, entre las manifestaciones clínicas se encuentran signos de deshidratación (sequedad de las mucosas, oliguria) o pérdida de sangre (palidez) (37).	Disminución del gasto cardíaco.	Alteración del volumen de eyección: precarga, post carga	Hipotensión Disminución de la PVC, taquicardia.	Disminución del gasto cardíaco r/c alteración del volumen de eyección: precarga, post carga e/p hipotensión, taquicardia
- Datos subjetivos: No aplica	La deshidratación hipertónica o hipernatremia se caracteriza por la pérdida de agua libre es mayor que la de	Deterioro de la eliminación urinaria	Alteración de los mecanismos reguladores.	Disminución de la diuresis (oliguria), orina colúrica (30 cc	Deterioro de la eliminación urinaria r/c alteración de los mecanismos

Datos objetivos: Mucosa oral reseca. Oliguria (30 cc en 3 horas). Na+=156 mmol/L	solutos; se caracteriza por hipernatremia (Na ⁺ > 145 mEq/L) e hiperosmolaridad (osmolaridad plasmática > 295 mosmol/kg). La principal causa son las pérdidas no reemplazadas de líquido hipotónico por la piel y los pulmones, incrementados en pacientes con fiebre y taquicardia (38). La disminución de la cantidad de orina menos de medio litro por 24 horas se llama oliguria y es una de las causas del padecimiento renal. La oliguria es común en la sepsis y se correlacionan con la disminución del volumen sanguíneo circulante con perfusión renal inadecuado (38).			en 3 horas, sequedad de mucosas, Hipernatremia Na+=156 mmol/L	reguladores e/p oliguria (30 cc en 3 horas)., orina colúrica, sequedad de mucosas e hipernatremia Na+=156 mmol/L
DATOS	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA
- Datos subjetivos: No aplica - Datos Objetivos: Glucosa= 258 mg/dl.	La hiperglucemia es un marcador de gravedad en pacientes críticos que se asocia con peores resultados y es un factor independiente de mortalidad. Si bien es cierto que, los efectos de la hiperglucemia en estos pacientes parecen mitigarse en aquellos que eran diabéticos	Nivel de glucemia inestable	Inadecuado control de su metabolismo	Glucosa= 258 mg/dl.	Nivel de glucemia inestable r/c inadecuado control de su metabolismo e/p glucosa: 258 mg/dl.

	con respecto a los no diabéticos (por la posibilidad teórica de cierta protección otorgada por una mayor tolerancia a la hiperglucemia en el paciente diabético) (40).				
- Datos subjetivos: No aplica - Datos objetivos: Intubación endotraqueal, SNG	La presencia de secreciones que el paciente no pueda eliminar de forma espontánea, impide mantener la permeabilidad del tubo endotraqueal y SNG no permitiendo un correcto intercambio de gases a nivel alveolo-capilar. Es importante observar la permeabilidad de la vía aérea ya que el acúmulo de secreciones incrementa la resistencia de la vía aérea y el trabajo respiratorio; ello puede resultar en hipoxemia, hipercapnia, atelectasia e infección. La dificultad para eliminar las secreciones puede deberse a su consistencia o la cantidad o en los casos de aquellos pacientes que tienen incapacidad para toser (41).	Riesgo de aspiración.	Régimen terapéutico	Presencia de secreciones en tubo endotraqueal y sonda nasogástrica.	Riesgo de aspiración r/c régimen terapéutico e/p intubación endotraqueal con presencia de secreciones y SNG
- Datos subjetivos: No aplica	Las úlceras por presión son lesiones en la piel que se producen por la presión continua y prolongada entre el paciente y	Riesgo de deterioro de la	Inmovilidad física	Paciente postrado en cama, con sedoanalgesia.	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilidad física inducida

- Datos objetivos: Paciente postrado, con sedoanalgesia. RASS -4	una superficie dura, las cuales ocurren con mayor frecuencia en personas de edad avanzada, pacientes postrados en camas o sillas de ruedas, desnutridos, comprometidos de conciencia y mal apoyo familiar (42).	integridad cutánea		RASS -4	
--	--	-----------------------	--	---------	--

D. Diagnóstico de enfermería por dominios:

- **Dominio 3.** Eliminación e intercambio
 - Clase 4.** Función respiratoria
 - Código:** 00030
 - Diagnóstico:** Deterioro del Intercambio de gases r/c desequilibrio en la ventilación – perfusión e/p taquipnea, palidez, gasometría arterial anormal: pH: 7.58, PaCO₂:46.5mmHg, PaO₂: 68.1mmHg, HCO₃:16.0mmol/L, SPO₂: 87%.
- **Dominio 4:** Actividad / descanso
 - Clase 4:** Respuestas cardiovasculares / pulmonares
 - Código:** 00029
 - Diagnóstico:** Disminución del gasto cardíaco r/c alteración del volumen de eyección: precarga, poscarga e/p hipotensión, taquicardia
- **Dominio 3. Eliminación** e intercambio
 - Clase 1.** Función urinaria
 - Código:** 00016
 - Diagnóstico:** Deterioro de la eliminación urinaria r/c alteración de los mecanismos reguladores evidenciado por orina colúrica y oligúrica (30 CC. en 3 horas)
- **Dominio 2:** Nutrición
 - Clase 4:** Metabolismo
 - Código:** 00179
 - Diagnóstico:** Nivel de glucemia inestable r/c inadecuado control de su metabolismo e/p glucosa: 258 mg/dl.
- **Dominio 11:** Seguridad / protección
 - Clase 2:** Lesión física
 - Código:** 00039
 - Diagnóstico:** Riesgo de aspiración r/c régimen terapéutico e/p intubación endotraqueal con presencia de secreciones y SNG
- **Dominio 11: Seguridad** / protección
 - Clase 2:** Lesión física
 - Código:** 00205
 - Diagnóstico:** Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilidad física.

E. Planificación

Priorización de los diagnósticos de enfermería:

- 1)** Deterioro del intercambio de gases r/c desequilibrio en la ventilación – perfusión e/p taquipnea, palidez, gasometría arterial anormal: pH: 7.58, PaCO₂:46.5, PaO₂: 68.1, HCO₃:16.0 SPO₂: 87%.
- 2)** Riesgo de aspiración r/c régimen terapéutico e/p intubación endotraqueal con presencia de secreciones y SNG.
- 3)** Deterioro de la eliminación urinaria r/c alteración de los mecanismos reguladores e/p oliguria (30 cc en 3 horas)., orina colúrica, sequedad de mucosas e hipernatremia Na⁺=156 mmol/L.
- 4)** Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilidad física
- 5)** Disminución del gasto cardíaco r/c alteración del volumen de eyección: pre carga, post carga e/p hipotensión, taquicardia.
- 6)** Nivel de Glucemia inestable r/c inadecuado control de su metabolismo e/p Glucosa:258ml/dl.

F. Planeamiento y Ejecución:

NANDA	DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	NIC	INTERVENCIONES	BASE CIENTÍFICA	NOC	EVALUACIÓN	FIRMA/COLG
Dominio 3. Eliminación e intercambio Clase4. Función respiratoria Código: 00030	Deterioro del Intercambio de gases r/c desequilibrio en la ventilación – perfusión e/p taquipnea, palidez, gasometría arterial anormal: pH: 7.58, PaCO ₂ :46.5, PaO ₂ : 68.1, HCO ₃ :16.0 SPO ₂ : 87%	El paciente mantendrá su intercambio gaseoso con una saturación mayor a 95%	335005	Administración de oxígeno por SPO ₂ : 87%. Monitorización de signos vitales c/2 hrs 8- 10- 12- 2- 4- 6- 8- 10- 12- 2- 4- 6- 8	Por una caída de la presión arterial reduce el flujo de oxígeno y nutrientes a los órganos vitales, como el cerebro, el corazón, y los pulmones. Nos ayudará a ver cómo evoluciona el paciente.	0402	El paciente mantuvo su intercambio gaseoso con una saturación de 95% PH:7.42 PaCO ₂ :42mmHg PaO ₂ :75mmHg HCO ₃ ::22mm/L	Lic. Miriam Cusquisibán Quispe CEP: 40746
			318005	Proporcionar una humidificación adecuada al 100%.	La humidificación es valiosa por dos razones principales, una es evitar que el oxígeno entre seco a la vía respiratoria del paciente y cause irritaciones; la otra, pero no menos fundamental es prevenir que las secreciones se espesen causando problemas de expulsión siendo un factor que			

			314021	Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación c/4hrs 8-12- 4- 8- 12- 4- 8	podría desarrollar infecciones (47). La monitorización del estado respiratorio se realiza mediante la valoración del nivel de dióxido de carbono en el aire espirado (EtCO2) del paciente (48).			
			318011	Realizar la aspiración endotraqueal PRN	La aspiración de secreciones del árbol bronquial a través de la boca, nariz o de una vía aérea artificial ayudan a que el paciente no se complique. (49)			
			318020	Aspirar secreciones y comprobar el color, cantidad y consistencia de las secreciones.	Mediante la aspiración de las secreciones se logra mantener la permeabilidad de la vía aérea para favorecer el intercambio gaseoso pulmonar y evitar complicaciones causadas por la acumulación (50).			
			318013	Cambiar las cintas/sujeción del tubo endotraqueal cada 24 horas, inspeccionar la piel y la mucosa bucal y	Cambiar la fijación y los puntos de apoyo del tubo periódicamente evitando los decúbitos. La posición ideal del tubo endotraqueal es en el centro de la cavidad oral. Esto			

				mover el tubo al otro lado de la boca. 330011 Midazolam 50 mg 2 ampollas /100 cc de suero fisiológico 0.9% en 100cc 8 cc/hr. Fentanilo 0,5 mg 2 amp /100 cc de suero fisiológico 0.9% en 100cc 15 cc/hr.	es debido a que disminuye la incidencia y evitar las úlceras por decúbito en las comisuras bucales. Una adecuada sedoanalgesia es parte fundamental del tratamiento del paciente crítico, ya que disminuye el estrés del paciente, facilita los cuidados de enfermería y la adaptación a la ventilación mecánica, mejorando el pronóstico y reduciendo la morbilidad al disminuir los tiempos de ventilación mecánica (51) Fentanilo 0.5 mg sirve para sedar al paciente y aliviar los dolores intensos. Midazolam 50mg se usa para para sedar y reducir la ansiedad y la tensión muscular.			
				33040 Vigilar las lecturas del ventilador, la sincronía paciente/ventilador y	Comprobar por turno la posición del tubo, por medio de la observación de la expansión de ambos campos pulmonares y			

				el murmullo vesicular del paciente, monitorear cada hora 8- 9- 10- 11- 12- 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12- 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7-8 33200 Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno c/hora 8- 9-10-11-12-1-2-3-4-5- 6-7-8-9-10-11-12-1-2- 3-4-5-6-7-8 32009 Colocar al paciente en una posición decúbito supino con cuello en hiperextensión.	por medio de la auscultación. También se valoran los parámetros respiratorios, el intercambio de gases, la mecánica pulmonar y la sincronía paciente-ventilado (54) Es un método no invasivo que de manera indirecta mide el porcentaje de saturación de oxígeno (SPO2) transportado por la hemoglobina en la sangre de un paciente para detectar y monitorear la hipoxemia, un nivel de oxígeno en la sangre inferior al normal (52). La posición decúbito supino facilita el retorno venoso al corazón, mejora la circulación sanguínea de todo el cuerpo también facilita la respiración y la función pulmonar, ayuda a relajar los músculos a prevenir el retorno del ácido hacia el			
--	--	--	--	---	---	--	--	--

			34002	Asegurar la presión del balón del tubo endotraqueal al menos 20 cm H2O permanezca inflado.	esófago, previene la escoliosis y otras deformidades (53). El monitoreo debe asegurar que la presión del balón permanezca por debajo de 20 mmHg permitiendo un margen de seguridad por debajo de la presión de perfusión capilar traqueal (25 a 35 mmHg) (55)			
NANDA	DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	NIC	INTERVENCIONES	BASE CIENTÍFICA	NOC	EVALUACIÓN.	FIRMA/COLG
Dominio 11. Seguridad / protección Clase 2: Lesión física Código: 00039	Riesgo de aspiración r/c régimen terapéutico e/p intubación endotraqueal.	Paciente no tendrá ningún signo ni síntoma de aspiración mientras esté con su régimen terapéutico	32080	Vigilar constantemente el estado de conciencia (grado de sedación paciente) Mantener una vía aérea permeable, eliminando secreciones bucales.	Es importante ya que la monitorización de la sedación permite identificar y corregir situaciones de infra o sobre sedación que pueden influir negativamente en la evolución de los pacientes críticos (67). El mantener una vía aérea permeable mediante la aspiración de secreciones favorece el intercambio gaseoso pulmonar del paciente evitando así complicaciones causadas por la acumulación de (68).	0410	Paciente no tuvo ningún signo y síntoma de aspiración.	Lic. Miriam Cusquisibán Quispe CEP: 40746

NANDA	DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	NIC	INTERVENCIONES	BASE CIENTÍFICA	NOC	EVALUACIÓN.	FIRMA/COLG
Dominio 3. Eliminación e intercambio Clase 1. Función urinaria Código: 00016	Deterioro de la eliminación urinaria r/c alteración de los mecanismos reguladores e/p oliguria (30 cc en 3 horas)., orina colúrica, sequedad de mucosas e hipernatremia Na+=156 mmol/L	Paciente no presentara deterioro de la eliminación urinaria luego de las intervenciones de enfermería.	413014	Llevar un registro preciso de entradas y salidas BHE (eje: ingesta oral y enteral, infusión IV, antibióticos, líquidos administrados, con la medicación, sondas nasogástricas, drenajes, vómito, sondas vesicales, drenaje por colostomía y orina) Monitorizar la Presión Arterial Media c/hora 8- 9- 10- 11 12- 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12- 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8.	Mantener un equilibrio hídrico adecuado en el cuerpo es importante para evitar la deshidratación o la sobrehidratación (58). Para mantener un flujo sanguíneo adecuado a los órganos y tejidos corporales.	0502	Paciente reguló su eliminación <i>urinaria</i> progresivamente	Lic. Miriam Cusquisibán Quispe CEP: 40746

NANDA	DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	NIC	INTERVENCIONES	BASE CIENTÍFICA	NOC	EVALUACIÓN.	FIRMA/COLG
Dominio 11: Seguridad/Protección Clase 2: Lesión Física Código: 00205	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilidad física.	El paciente no presentará deterioro de la integridad cutánea durante su hospitalización.	74002	Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico adecuado.	Para prevenir y aliviar el dolor de las úlceras por presión y otras afecciones que se producen.	1101	Paciente recibió cambios de posiciones y se evitó el deterioro de la integridad cutánea	Lic. Miriam Cusquisibán Quispe CEP: 40746
			74003	Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada.	Ayuda a evitar presionar en exceso las articulaciones, los músculos y la columna vertebral. Lo que alivia el dolor y disminuye la probabilidad de sufrir una lesión.			
			74005	Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.	El riesgo de desarrollo de UPP aumentará según el grado de inmovilidad y encamamiento del paciente, provocando un aumento en zonas de presión de manera continua. El colchón antiescaras y mantener una alineación corporal adecuada evitando las úlceras por presión.	3540		
			359001	Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y mucosas	Es importante inspeccionar diariamente la piel para detectar las señales que alerten de			
			358431	Inspeccionar diariamente la piel del paciente.				

			350013	Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para vigilar los factores de riesgo del paciente (escala de Braden). Cambio de posiciones c/2 horas 8- 10- 12- 2- 4- 6- 8- 10- 12- 2- 4- 6- 8.	cambios en la estructura de la piel para poder iniciar un tratamiento temprano que impida aumentar su grado y recuperar la perfusión tisular en las zonas de presión. (66) La escala de Valoración de Braden, cuya finalidad es medir, de una forma concreta y objetiva, el riesgo de aparición de úlceras por presión en los pacientes, en función de 6 aspectos, que evalúa y puntúa con 3 o 4 grado Escala De Braden (67). Para las úlceras por presión (73)			
--	--	--	--------	---	---	--	--	--

[illegible]

					aumento del gasto cardíaco en respuesta a la administración de fluidos intravenosos, lo que algunos autores denominan estado "precarga-dependiente". La utilidad de estas medidas ha sido únicamente investigada en enfermos en ventilación mecánica controlada. (70)			
NANDA	DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	NIC	INTERVENCIONES	BASE CIENTÍFICA	NOC	EVALUACIÓN	FIRMA/COLG
Dominio 2: Nutrición Clase 4: Metabolismo Código: 00179	Nivel de Glucemia inestable r/c inadecuado control de su metabolismo e/p Glucosa:258mg/dl	Paciente estabilizará sus niveles de glucemia, manteniendo la glucosa en 120mg/dl	2120	Vigilar los niveles de glucosa en sangre en 120mg/dl en cada turno	el mejor control de la glicemia se obtendría con un manejo altamente individualizado de los pacientes, la monitorización seriada de glicemia ha demostrado ser esencial para la toma de decisiones en el paciente crítico. Se recomienda el análisis de sangre arterial o venosa por sobre la muestra de sangre capilar debido a que las lecturas de los glucómetros capilares son inexactas en estos pacientes; sin embargo, si no se disponen de métodos de	2300	Paciente estabilizó sus niveles de glucemia, manteniendo su glucosa en 120mg/dl.	Lic. Miriam Cusquisibán Quispe CEP: 40746

				Administrar Insulina según escala móvil si esta prescrito	monitorización continua, siguen siendo de gran utilidad evitando retrasos en la toma de decisiones (71) El uso adecuado de la terapia insulínica es una de las claves para asegurar el tratamiento óptimo del paciente ingresado en el hospital (72)			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

G. Ejecución.

Se realizaron todas las actividades planificadas teniendo en cuenta los materiales, equipos, las técnicas y procedimientos que se planificaron.

ESQUEMA ANALITICO DE REGISTRO DE ENFERMERIA -SOAPIE

Deterioro del Intercambio de gases r/c desequilibrio en la ventilación – perfusión e/p taquipnea, palidez, gasometría arterial anormal: pH: 7.58, PaCO₂:46.5mmHg, PaO₂: 68.1mmHg, HCO₃:16.0 mmol/L, SPO₂: 87%.

FECHA	HORA	NOTAS DE ENFERMERIA	FIRMA Y POST FIRMA
25/01/22	13:00	S:NO EVALUABLE: O: Se encuentra paciente adulto, bajo sedación, piel y mucosas secas, con SNG en la fosa nasal derecha, Con apoyo ventilatorio por tubo endotraqueal en ventilación mecánica modo A/C, la fracción inspiratoria de oxígeno (Fio₂) al 50%, con presencia de CVC: pH: 7.58, PaCO₂:46.5 mmHg, PaO₂: 68.1mmHg, HCO₃:16.0 mmol/L, SPO₂:87%. A: Deterioro del Intercambio de gases r/c desequilibrio en la ventilación – perfusión e/p taquipnea, R: 35Xmin., palidez, gasometría arterial anormal: pH: 7.58, PaCO₂:46.5mmHg, PaO₂: 68.1mmHg, HCO₃:16.0 mmol/L, SPO₂:87%. P: El paciente mantendrá su intercambio gaseoso con una saturación mayor a 95% I: Se realizaron las siguientes actividades: - Monitorizó los signos vitales del ventilador c/2 hrs PA: 85/64mmHg, FC: 130x min, FR: 35x min, SPO₂: 87%.	

	13:00	- Se administró oxígeno al 40% por ventilación mecánica.	
	15:00	- Vigiló el estado respiratorio y de oxigenación.	
	17:00	- Se realizó aspiración endotraqueal, aspiró secreciones por la boca se comprobó el color, cantidad y consistencia de las secreciones a libre demanda.	
	19:00	- Cambió las cintas/sujeción del tubo endotraqueal, inspeccionó la piel y la mucosa bucal y movió el tubo al otro lado de la boca.	
	20:00	- Administró bajo prescripción médica los agentes paralizantes musculares, sedantes y analgésicos narcóticos. Midazolam 50 mg 2 ampollas /100 cc de Suero fisiológico 0.9%. Fentanilo 0,5 mg 2 amp /100 cc de suero Fisiológico al 0.9% en 100cc 15cc/hr.	
	22:00	- Vigiló las lecturas del ventilador, la sincronía paciente/ventilador y el murmullo vesicular del paciente cada hora.	
	23:00	- Monitorizó los niveles de saturación de oxígeno continuamente en pacientes sedados cada hora.	
	23:00	- Colocó al paciente en una posición decúbito supino con cuello hiperextensión.	
	23:00	- Aseguró la presión del balón del tubo endotraqueal al menos 20cm H2O permanezca inflado.	
	24:00	E: Paciente mejoró intercambio de gases manteniendo SP02>=95%.FC y queda en el	

		servicio de UCI. PA 90/60mmHg, FC 90x min, R 21x min, PaCO ₂ : 42mmHg, PH: 7.42, PaO ₂ : 75mmHg, HCO ₃ : 22mEq/L, BH: D 500ml en 24 hrs.	LIC. MIRIAM CUSQUISIBAN QUISPE CEP: 40746
--	--	---	--

Riesgo de aspiración r/c régimen terapéutico e/p intubación endotraqueal con presencia de secreciones y SNG

FECHA	HORA	NOTAS DE ENFERMERIA	FIRMA Y POST FIRMA
25/01/2022	13:00	S: No Evaluable O: Se encuentra paciente adulto, bajo sedación, piel y mucosas secas, con SNG en la fosa nasal derecha, Con apoyo ventilatorio por tubo endotraqueal en ventilación mecánica modo A/C, la fracción inspiratoria de oxígeno (FiO₂) al 50%, con presencia de CVC: pH: 7.58, PaCO₂:46.5 mmHg, PaO₂: 68.1mmHg, HCO₃:16.0 mm/L, SPO₂: 87%, Intubación endotraqueal, SNG. A: Riesgo de aspiración r/c régimen terapéutico e/p intubación endotraqueal con presencia de secreciones y SNG. P: Paciente no tendrá ningún signo ni síntoma de aspiración por secreciones mientras esté con su régimen terapéutico I: Se realizaron las siguientes actividades:	
	15:00	- Vigilé constantemente el estado de conciencia (grado de sedación paciente).	

	17:00	- Mantuvo una vía aérea, eliminado las secreciones bucales.	LIC. MIRIAM CUSQUISIBAN QUISPE CEP: 40746
	18:00	E: Paciente no tuvo ningún signo y síntoma de aspiración por secreciones.	

Deterioro de la eliminación urinaria r/c alteración de los mecanismos reguladores e/p oliguria (30 cc en 3 horas), orina colúrica, sequedad de mucosas e hipernatremia $\text{Na}^+=156$ mmol/L.

FECHA	HORA	NOTAS DE ENFERMERIA	FIRMA Y POST FIRMA
25/01/22	13:00	S: No Evaluable O: Se encuentra paciente adulto, bajo sedación, piel y mucosas secas, con SNG en la fosa nasal derecha, Con apoyo ventilatorio por tubo endotraqueal en ventilación mecánica modo A/C, la fracción inspiratoria de oxígeno (FiO_2) al 50%, con presencia de CVC: pH: 7.58, PaCO_2:46.5 mmHg, PaO_2: 68.1mmHg, HCO_3:16.0 mmol/L, SPO_2:87%, mucosa oral reseca, Oliguria (30 cc en 3 horas), $\text{Na}^+=156$ mmol/L. A: Deterioro de la eliminación urinaria r/c alteración de los mecanismos reguladores e/p oliguria (30 cc en 3 horas)., orina colúrica, sequedad de mucosas e hipernatremia $\text{Na}^+=156$ mmol/L P: Paciente regulará su eliminación urinaria, progresivamente I: Se realizaron las siguientes actividades:	
	19:00	- Llenó el registro preciso de ingresos y egresos BHE.	
	19:00	- Controló la presión Arterial Media.	

		E: Paciente reguló su eliminación urinaria progresivamente.	LIC. MIRIAM CUSQUISIBAN QUISPE CEP: 40746
--	--	--	--

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilidad física

FECHA	HORA	NOTAS DE ENFERMERIA	FIRMA Y POST FIRMA
25/01/22	13:00	S: NO EVALUABLE O: Se encuentra paciente adulto, bajo sedación, piel y mucosas secas, con SNG en la fosa nasal derecha, Con apoyo ventilatorio por tubo endotraqueal en ventilación mecánica modo A/C, la fracción inspiratoria de oxígeno (FiO ₂) al 50%, con presencia de CVC: pH: 7.58, PaCO ₂ :46.5 mmHg, PaO ₂ : 68.1mmHg, HCO ₃ :16.0 mm/L, SPO ₂ :87%, paciente postrado, con sedoanalgesia. RASS -4. A: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilidad física P: Paciente recibirá cambios de posición para evitar el deterioro de su integridad cutánea I: Se realizaron las siguientes actividades:	
	13:00	- Colocamos al paciente sobre una cama o colchón terapéutico adecuado.	
	15:00	- Colocó al paciente con una alineación corporal adecuada.	
	15:00	- Mantuvo la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.	

	19:00	- Observó si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y mucosas.	
	20:00	- Inspeccionó diariamente la piel del paciente.	
	21:00	- Utilizó una herramienta de valoración de riesgo establecida para vigilar los factores de riesgo del paciente (escala de Braden)	
	22:00	- Cambió de posiciones cada dos horas.	
	23:00	E: Paciente recibió cambios de posiciones y se evitó el deterioro de la integridad cutánea.	LIC. MIRIAM CUSQUISIBAN QUISPE CEP: 40746

Disminución del gasto cardíaco r/c alteración del volumen de eyección: pre carga, post carga e/p hipotensión, taquicardia.

FECHA	HORA	NOTAS DE ENFERMERIA	FIRMA Y POST FIRMA
25/01/22	13:00	S:NO EVALUABLE: O: Se encuentra paciente adulto, bajo sedación, piel y mucosas secas, con SNG en la fosa nasal derecha, Con apoyo ventilatorio por tubo endotraqueal en ventilación mecánica modo A/C, la fracción inspiratoria de oxígeno (FiO₂) al 50%, con presencia de CVC: pH: 7.58, PaCO₂:46.5 mmHg, PaO₂: 68.1mmHg, HCO₃:16.0 mmol/L, SPO₂:87%, Hipotensión arterial PA=85/64 mmHg, piel pálida, PVC= 4 mmHg, taquicardia FC=130 por minuto, Llenado capilar > 2 seg. A: Disminución del gasto cardíaco r/c alteración del volumen de eyección: pre carga, post carga e/p hipotensión, taquicardia. P: Paciente estabilizará sus niveles de presión arterial y frecuencia cardíaca en su estancia hospitalaria I: Se realizaron las siguientes actividades:	LIC. MIRIAM CUSQUISIBAN QUISPE CEP: 40746
	13:00	- Se administró sus medicamentos indicados.	
	14:00	- Monitorizó la Presión Arterial Media.	
	15:00	- Monitorizó los signos vitales: Tensión Arterial 90/60 mmHg, Frecuencia cardíaca 90x min.	
	16:00	E: Paciente estabilizó sus niveles de presión arterial 90/60 mmHg y frecuencia cardíaca 90 x min.	

Nivel de Glucemia inestable r/c inadecuado control del metabolismo e/p
Glucosa:258mg/dl.

FECHA	HORA	NOTAS DE ENFERMERIA	FIRMA Y POST FIRMA
25/01/22	13:00	S:NO EVALUABLE: O: Se encuentra paciente adulto, bajo sedación, piel y mucosas secas, con SNG en la fosa nasal derecha, Con apoyo ventilatorio por tubo endotraqueal en ventilación mecánica modo A/C, la fracción inspiratoria de oxígeno (Fio₂) al 50%, con presencia de CVC: pH: 7.58, PaCO₂:46.5 mmHg, PaO₂: 68.1mmHg, HCO₃:16.0 mmol/L, SPO₂:87%, Glucosa= 258 mg/dl A: Nivel de Glucemia inestable r/c mal control metabólico e/p Glucosa:258mg/dl P: Paciente estabilizará sus niveles de glucemia, manteniendo la glucosa en 120mg/dl I: Se realizaron las siguientes actividades:	LIC. MIRIAM CUSQUISIBAN QUISPE CEP: 40746
	13:00	- Vigiló los niveles de glucosa en sangre 120 mg/dl.	
	14:00	- Administró Insulina según escala móvil prescrito.	
	15:00	E: Paciente estabilizó sus niveles de glucemia, manteniendo su glucosa en 120mg/dl.	

Evaluación del Proceso.

- 1)** Valoración, se realizó aplicando los métodos de la observación, el examen físico y el análisis documental. Los datos se plasmaron en La Historia de Salud de Enfermería elaborada para los pacientes de cuidados intensivos, teniendo en cuenta los dominios presentados por la NANDA.
- 2)** Diagnóstico, se establecieron 6 diagnósticos priorizándolos por el riesgo a complicaciones en órganos nobles: corazón, cerebro, pulmones, riñones, dada la condición crítica de la persona. Se contó con la bibliografía necesaria para su planteamiento.
- 3)** Planificación, se realizó un plan de cuidados para cada diagnóstico, planteándose los objetivos en función a la paciente y se seleccionaron intervenciones factibles de realizar en nuestro medio teniendo el respaldo de los principios científicos respectivos.
- 4)** Ejecución, las intervenciones fueron desarrolladas de acuerdo a lo planificado, los resultados de estas se muestran en la evaluación de las respuestas humanas, las mismas que quedan plasmadas en las notas SOAPIE, de evolución de la paciente.
- 5)** Evaluación, se logró los objetivos planteados, evidenciado en la verificación de los criterios de resultados que se plantearon para cada diagnóstico de enfermería. Se logró cumplir con todo lo planificado en cada una de las etapas del proceso de enfermería.

ANÁLISIS Y ARGUMENTACIÓN:

El Spock séptico, es un grave problema de salud pública y una de las patologías más antiguas de la medicina, que ocasionan un aumento considerable de la morbilidad y una gran elevación en los costos hospitalarios, además, es una de las razones más comunes para el ingreso de pacientes en estado crítico a la Unidad de Cuidados Intensivos, el shock séptico; considerado una de las complicaciones de la sepsis; debido al mayor número de procedimientos quirúrgicos e invasivos practicados cotidianamente (68).

El shock séptico es una condición médica grave y potencialmente mortal que se produce cuando una infección bacteriana provoca una respuesta inflamatoria sistémica descontrolada en el cuerpo. El manejo del shock séptico implica actuar de forma urgente, sistemático y coordinando para abordar tanto la infección subyacente como la respuesta inflamatoria sistémica. La correcta evaluación y la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en los pacientes con shock séptico desde su ingreso, permitirá a los pacientes mayor posibilidad de beneficiarse de un tratamiento adecuado, la valoración ayudará a la identificación temprana y una adecuada clasificación en las horas iniciales de la patología de esta manera se podrá mejorar los resultados.

El shock séptico es muy frecuente en el ámbito de las emergencias, salas de hospitalización y cuidado crítico donde la atención inicial juega un rol importante en la estabilización y sobrevida de los pacientes (7). Para brindar cuidado de calidad la enfermera requiere conocimientos suficientes sobre todas las patologías que con mayor frecuencia se les asocian. A su vez, debe estudiar con especial cuidado los condicionantes que generan fenómenos y situaciones a las que la persona se enfrenta luego de superada la enfermedad y las consecuencias que contribuyen al deterioro de la calidad de vida.

La pronta identificación, el diagnóstico preciso y la implementación de medidas terapéuticas efectivas son fundamentales para mejorar los resultados y la supervivencia del paciente. Es por eso; el papel de enfermería en el manejo del

shock séptico es fundamental para proporcionar cuidados integrales y garantizar la estabilidad del paciente.

Teniendo en cuenta las diferentes investigaciones, se puede señalar que toda disfunción orgánica se asocia con el shock séptico y que se presenta con daños multisistémicos, alteraciones circulatorias, celulares y metabólicas que se asocian con mayor riesgo de mortalidad, debido a las alteraciones fisiológicas, patológicas y bioquímicas inducidas por una infección, cuya incidencia está en aumento (69).

Es por ello; que las enfermeras desempeñan un papel crucial en la valoración inicial y continua del paciente con shock séptico. Esto incluye la monitorización de signos vitales, estado hemodinámico, balance hídrico, y la respuesta a la terapia con fluidos y medicamentos.

Según un estudio de De Backer et al. (2014), la monitorización hemodinámica guiada por protocolos puede mejorar los resultados en pacientes críticamente enfermos al permitir ajustes precisos en la administración de fluidos y vasopresores. Las enfermeras administran antibióticos y otros medicamentos según las directrices clínicas para controlar la infección y mitigar la respuesta inflamatoria excesiva.

Según un metaanálisis de Levy et al. (2018), la administración temprana de antibióticos dentro de la primera hora mejora significativamente la supervivencia en pacientes con shock séptico. Las enfermeras son responsables de la administración y monitorización de fluidos intravenosos para mantener la perfusión tisular adecuada sin provocar sobrecarga de líquidos. Las enfermeras deben estar atentas a la integridad de la piel debido a la posible disfunción circulatoria y administrar cuidados de higiene para prevenir infecciones nosocomiales.

Según las recomendaciones de la Society of Critical Care Medicine (2017), el control estricto de la higiene y la integridad de la piel son componentes esenciales del cuidado de enfermería en pacientes con shock séptico. Las enfermeras proporcionan información educativa sobre la condición del paciente, el tratamiento y la importancia del seguimiento continuo.

Según un estudio de Mikkelsen et al. (2016), la educación adecuada del paciente y la familia contribuyen a una mejor adherencia al tratamiento y resultados más favorables en el manejo a largo plazo del shock séptico.

El enfoque de enfermería en el shock séptico no solo implica la ejecución de tareas clínicas, sino también una comprensión profunda de la fisiopatología subyacente y la capacidad para responder de manera rápida y efectiva a los cambios en el estado del paciente. La literatura respalda la importancia de un equipo de cuidados intensivos bien coordinado, donde las enfermeras desempeñan un papel central en la implementación de estrategias terapéuticas basadas en evidencia para mejorar los resultados del paciente.

En conclusión, el proceso de enfermería en el shock séptico es esencial para proporcionar cuidados de calidad, mejorar los resultados del paciente y garantizar una atención integral y coordinada. La implementación efectiva de este proceso requiere una comprensión profunda de la fisiopatología subyacente y una respuesta rápida y adecuada a las necesidades cambiantes del paciente. Es por ello, que el rol de las enfermeras en el manejo del shock séptico es esencial para garantizar cuidados de calidad, monitorización adecuada y educación integral, contribuyendo significativamente a la recuperación y supervivencia del paciente.

Los cuidados de enfermería están enfocados en la aplicación del proceso de atención de enfermería con una adecuada valoración (24), formular adecuados diagnósticos y un plan de cuidados mantener las constantes vitales del paciente y controlar la evolución del shock, presión arterial, frecuencia cardíaca, respiratoria y saturación de oxígeno, utilizando aparatos específicos denominados monitores, es por ello que; es necesario la administración de oxígeno, restablecer presión arterial, ritmo de diuresis, restablecer temperatura, adecuar hidratación y nutrición, mantener glucemia, prevenir úlceras por estrés, canalizar catéter arterial para control de presión arterial y de vía venosa periférica de grueso calibre, administración de tratamiento para (aminas vasoactivas: dopamina, Dobutamina, etc.), sueroterapia, sedo analgesia y antibióticos, y cuando la glucemia está

elevada se administrará insulina rápida, realizándose controles cada 1 ó 2 horas (22).

Vigilar y valorar los parámetros de ventilación mecánica invasiva (VMI) Valoración de los gases arteriales, mantener una sonda nasogástrica, valorando el contenido gástrico e informar para el pronto restablecimiento de la nutrición.

Cuando el shock séptico se encuentra en los estadios más avanzados podemos observar el fallo de diferentes órganos, incluso pudiendo evolucionar hasta fallo multiorgánico y muerte. (22).

La Enfermería es una profesión de vocación, cuyo enfoque se basa en el cuidado del paciente enfermo ofreciendo un trabajo de eficiencia, seguridad y calidad; todos los cuidados que se imparten deben tener una evidencia científica. El PAE un método científico, la importancia de este radica en que Enfermería debe tener fundamentos científicos en los cuales basarse para poder aplicarlo, el mismo debe ser individualizado centrándose en atender los requerimientos inmediatos que presente el paciente; analizar los problemas potenciales que se puedan derivar de la patología, de esta manera se brindara una atención oportuna con el objetivo de precautelar el bienestar del paciente (10).

En el plan de prevención de shock se debe incluir la educación a todo el personal de la unidad hospitalaria, el cual debe conocer su epidemiología, signos de identificación y tratamiento, con el propósito de identificar de manera temprana signos de sepsis, monitorizar los casos diagnosticados y evaluar los resultados, seguir la pista de los cambios en la frecuencia de la incidencia de la sepsis y sus resultados y reportarlos para reforzar la calidad de las medidas de mejoría con el objetivo de evitar que se presente un shock séptico en lo posterior (23).

Datos que son sustentados por el estudio de Rivera et al (2020) concluyendo que la correcta aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en los pacientes con shock séptico desde su ingreso, incrementa el pronóstico de vida; la valoración, el planteamiento de diagnósticos enfermeros y la aplicación de intervenciones, favorecen a que los cuidados se realicen de manera dinámica, consciente,

ordenada y sistematizada con el propósito de brindar atención eficaz y oportuna al paciente (16).

Es por esta razón, que el personal de enfermería en las unidades de cuidados intensivos debe ser un profesional altamente capacitado para que ayude a estos pacientes para que se recuperen con éxito de este cuadro clínico y su posterior rehabilitación y reincorporación a la sociedad.

CONCLUSIONES

1. Se ejecutó el Proceso de Atención de Enfermería en la paciente con shock séptico, atendida en la unidad de cuidados intensivos del HRDC. Concluyendo que es una herramienta básica y metodológica para la ejecución de actividades según la priorización de diagnósticos aplicados a la atención de pacientes con shock séptico.
2. Se realizó la valoración de enfermería de la paciente con shock séptico, atendida en la unidad de cuidados intensivos del HRDC, mediante la técnica de observación y revisión de la historia clínica frente a ellos se brindaron cuidados adecuados orientados al bienestar del paciente.
3. Se realizó los diagnósticos de enfermería de la paciente con shock séptico, atendida en la unidad de cuidados intensivos del HRDC, según riesgo vital y utilizando la taxonomía NANDA 2021-2023.
4. Se elaboró y desarrolló un plan de cuidados de enfermería, de la paciente con shock séptico, atendida en la unidad de cuidados intensivos del HRDC. utilizando la taxonomía NANDA, NIC, NOC, de acuerdo a los diagnósticos encontrados, el mismo que se fundamentó con procedimientos científicos, de acuerdo a las necesidades encontradas.
5. Se evaluó el plan de cuidados de enfermería de la paciente con shock séptico, atendida en la Unidad de cuidados intensivos del HRDC, evidenciando el cambio de sus respuestas humanas, mejora del paciente con el destete progresivo del ventilador y la ventilación espontánea, lográndose así su recuperación.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a las autoridades del Hospital Regional Docente Cajamarca implementar la unidad de cuidados intensivos con equipamiento y equipos de protección personal para garantizar la seguridad del paciente en estado crítico.

1. A las enfermeras que laboran en Hospital Regional Docente Cajamarca de la unidad de cuidados intensivos, estar en constante capacitación y consensuar realizando guías y protocolos de Intervenciones, según avance científico y tecnológico, sobre todo en este tema de gran relevancia para protocolizar sus procedimientos y cuidados de enfermería brindando una atención oportuna, con calidad y calidez a los pacientes con shock séptico.
2. Mantener identificados los problemas reales y potenciales del paciente, como resultado de shock séptico, para así poder brindar cuidados adecuados, orientados al bienestar del paciente en la unidad de cuidados intensivos.
3. Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería y protocolizar las necesidades potenciales y alteraciones de los patrones funcionales del paciente con shock séptico, para realizar una buena valoración, diagnóstico, planeamiento y poder ejecutar las acciones para el logro de los objetivos y resultados esperados, durante su estancia la unidad de cuidados intensivos del HRDC.

BIBLIOGRAFIA

1. Acevedo Gamboa FE, Ortiz Suárez C, Díaz Álvarez JC. Intervención de enfermería en el paciente con shock séptico¹. *Investig Enferm Imagen Desarro* [Internet]. 2009 [citado 30 de enero de 2023]; 11 (2): 27-45.
Disponible de: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1616/1038>
2. Carpio N. Monitoreo del paciente crítico shock séptico. *Enfermera especialista en cuidados intensivos del H.N.E.R.M. Bogotá: McGraw Hill; 2014.s.p.*
3. Alspach JG. *Cuidados Intensivos en el adulto. 4ª ed. Annapolis: Interamericana. México: McGraw-Hill; 1993. s.p.*
4. Bustamante J, Pílco E. Shock Séptico *Revista de Actualización Clínica. Vol. 36. versión impresa ISSN 2304-3768. La Paz – Bolivia.*
5. Ruibal A, Fernández L, et al. Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. 2004 [citado 01 de febrero 2022]; 44: 67-70.
Disponible de: scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232004000400007
6. Chacaltama Cordero H, Escobar Ventura A, Mendoza Figueroa E. Efectividad de la guía de cuidado de enfermería en la adaptación del paciente al sistema de ventilación mecánica no invasiva [Trabajo académico en internet]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017 [citado 1 de febrero 2022]. 45 p. Disponible de: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1328/Efectividad_ChacaltanaCordero_Hilda.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=L a%20Unidad%20de%20Cuidados%20Intensivos,seguridad%2C%20calidad%20y%20eficiencia%20adecuadas
7. Hospital Regional Docente de Cajamarca: Análisis de la situación de la salud [Internet]. Cajamarca: MINSA; c2019 [citado 10 de mayo de 2023].
Disponible de:

- <http://portal.hrc.gob.pe/sites/default/files/convenios/belga/ASIS%20HRDC%20A%C3%91O%202018%20Parte%20I.pdf>
8. Illatupa Gamarra L. Cuidado de Enfermería en Shock Séptico. [Trabajo académico en internet]. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2017. [citado 01 de febrero de 2022]. Disponible de:
repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2451/SEG.ESPEC._LIZBETH%20ILLATUPA%20GAMARRA.pdf?sequence=
 9. Núñez LAR, Ortiz FPT, Jiménez LAC, Caba GGQ, Sisalema AYA, Chamba EVM. Proceso enfermero en pacientes con shock séptico. Ciencia Latina [Internet]. 2022 [citado el 01 de febrero de 2022]; 6(2):1945–62. Disponible de: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/200>
 10. Illatupa Gamarra L. Cuidado de Enfermería en Shock Séptico. [Trabajo académico en internet]. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2017. [citado 01 de febrero de 2022]. Disponible de:
repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2451/SEG.ESPEC._LIZBETH%20ILLATUPA%20GAMARRA.pdf?sequence=
 11. Vincent J-L, De Backer D. Circulatory shock. N Engl J Med [Internet]. 2013 [citado 30 de enero 2022]; 369 (18):1726-34. Disponible de: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmra1208943>
 12. Sánchez Zobarzo DO, Lara Hernández B, Clausdorff Fiedler HJ, Guzmán Herrera AI. Generalidades y manejo inicial del shock. ARS Medica [Internet]. 2019 [citado el 30 de enero 2022]; 44(1): 66–76. Disponible de: <https://arsmedica.cl/index.php/med/article/view/1375>
 13. Sepsis: enfermedad que afecta a más de 31 millones de personas en todo el mundo y genera más de tres mil fallecimientos en México, cada año [Internet]. Baxter. 2022 [citado 30 de enero 2022]. Disponible de: <https://www.baxter.mx/es/es/noticias-baxter/sepsis-enfermedad-que-afecta-mas-de-31-millones-de-personas-en-todo-el-mundo-y>
 14. Laguado Nieto MA, Amaris Vergara AA, Vargas Ordóñez JE, Rangel Vera JA, García León SJ, Centeno Hurtado KT. Actualización en sepsis y choque séptico en adultos [Internet]. 2019 [citado 30 de enero de 2022]; 22(2):213-227. Disponible de:
<https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/3345/3137>

15. Palomeque Ávila LT, Asitimbay Regalado MG, Landín Guarquila DI, Masapanta Serpa MA, Verdugo Peralta LE. Shock séptico en el adulto. RECIAMUC [Internet]. 2022 [citado el 30 de enero de 2023]; 6(1):185–96. Disponible de: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/852>
16. Flores Galindo HM. Intervención de Enfermería en la Atención de Salud del Paciente con Shock Séptico en las Unidades de Cuidados Intensivos del Hospital III Yanahuara - ESSALUD. Arequipa, 2018. [Tesis de Segunda Especialidad] Arequipa: Universidad Católica de Santa María, 2018 [citado el 01 de febrero de 2022]. Disponible de: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/8333/F6.0416.SE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. Neciosup Silva JC. Proceso de Atención de Enfermería aplicado al adulto mayor con shock séptico e insuficiencia respiratoria de un Hospital de ESSALUD, Chiclayo-2019. [Trabajo Académico en internet]. Chiclayo: Universidad Señor de Sipán; 2020. [citado el 01 de febrero de 2022]. Disponible de: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6635/Silva%20Neciosup,%20Juan%20Carlos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. S.A Tema 22 (2 parte) Shock Séptico. oc.lm.ehu.eus. [Internet]. 2020. [citado el 01 de febrero de 2022]. Disponible de: [http://www.oc.lm.ehu.eus/Departamento/OfertaDocente/PatologiaQuirurgica/Contenidos/Apoyo/Guion%20Tema%2022b%20\(Shock%20s%C3%A9ptico\).pdf](http://www.oc.lm.ehu.eus/Departamento/OfertaDocente/PatologiaQuirurgica/Contenidos/Apoyo/Guion%20Tema%2022b%20(Shock%20s%C3%A9ptico).pdf)
19. Contenti J, Occelli C, Lemoel F, Ferrari P, Levraut J. Capacidad diagnóstica de presepsina comparada con otros biomarcadores para predecir sepsis y shock séptico en pacientes con infección siguiendo la definición Sepsis-3 (estudio PREDI). Emergencias (Sant Vicenç dels Horts) [Internet]. 2019 [citado el 01 de febrero de 2022]; 311–7. Disponible de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-184120>
20. Salgado López D, Rodríguez Pascual C. Tratado de geriatría para residentes: Bacteriemia, sepsis y shock séptico [Internet]. México: Universidad Autónoma de Sinaloa; 2012 [citado el 01 de febrero de 2022]. 409-416p. Disponible de:

https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2040_III.pdf

21. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en Enfermería [Internet] 6ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana. 2012. [citado 01 de febrero de 2022] s.p. Disponible de: <https://books.google.es/books?id=FLEszO8XGTUC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
22. Gómez E. Fundamentos de Enfermería: Ciencia, Metodología y Tecnología. México: Rodríguez & Prado. 2009. s.p.
23. Ortiz G, Granados M, Alvarez C, Acosta C, Arias A, Atehortúa LH, et al. Consenso colombiano en sepsis. Infectio [Internet]. 2007 [citado el 01 de febrero de 2022]; 11(1): 46-56. Disponible de: https://revistainfectio.org/P_OJS/index.php/infectio/article/view/139
24. Ruibal León A. Fernández Machín L, Gonzales García VM. Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. Rev Cub Enf [Internet]. 2004 [citado el 01 de febrero de 2022]; 44 (7): 67-70. Disponible de: scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232004000400007
25. Escobar Ventura A, Mendoza Figueroa EJG, Chacaltana Cordero HG. Efectividad de la Guía de cuidado de enfermería en la adaptación del paciente al sistema de ventilación mecánica no invasiva, 2017. (Tesis de especialización en Internet). Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017 [citado el 1 de febrero del 2022]. 32 p. Disponible de: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/1328>
26. Carranza R. Guía del Proceso de Atención de Enfermería [tesis de pregrado]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2014. 21 p.
27. Espinoza Ysidro CM, Virhuez Canales AE. Conocimiento sobre Taxonomía NANDA NIC NOC y su aplicación en la unidad de recuperación post anestésica en el Hospital General de Huacho-2018. [Trabajo Académico de especialización en internet]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2018. [citado el 1 de febrero del 2022]. 38-46 p. Disponible de: repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/7096/Conocimiento_EspinozaYsidro_Candy.pdf?sequence=1&isAllowed=y

28. Sorrentono S, Remmert L. Uso de la NIC en la práctica clínica: 6 factores para la selección de una intervención. Rev Sevier [Internet]. 2020. [citado el 1 de febrero del 2022]. Disponible de: elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/nic-practica-clinica-seleccion-intervencion
29. Sant Joan Déu Campus Docent. NIC y NOC, dos pilares del conocimiento enfermero. Universitat de Barcelona [Internet]. 2010. [citado el 10 de mayo del 2022]. Disponible de: <https://www.santjoandedeu.edu.es/es/escola-universitaria-infermeria/noticias/nic-noc-dos-pilares-conocimiento-enfermero>
30. Salus Play. NOC. Salusplay. [Internet]. 2020. [citado el 1 de febrero del 2022]. Disponible de: <https://www.salusplay.com/blog/diccionario/que-es-noc/#:~:text=La%20NOC%20o%20Nursing%20Outcomes,que%20resultan%20de%20su%20pr%C3%A1ctica.>
31. Rosado A. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y Clasificación de Intervención de Enfermería (NIC) [Internet]. arecibo.inter.edu. 2020. [citado el 10 de mayo del 2022]. Disponible de: http://www.arecibo.inter.edu/wp-content/uploads/reserva/enfermeria/nic_noc.pdf
32. Baigorri Gonzáles F, Lorente B. Oxigenación tisular y sepsis. Med Intens [Internet]. 2005 [citado el 10 de mayo del 2022]; 29 (3): 178-184. Disponible de: medintensiva.org/es-oxigenacion-tisular-sepsis-articulo-13074190
33. Enpendium. Ruidos respiratorios. empendium.com. [Internet]. 2020. [citado el 12 de mayo del 2022]. Disponible de: empendium.com/manualmibe/compendio/chapter/B
34. Baéz Saldaña R, Monraz Pérez S, Castillo Gonzáles P, Rumbo Nava U, García Torrentera R, Ortiz Siordia R, Foroul van der Goes TI. La exploración del tórax: una guía para descifrar sus mensajes. Rev Fac Med UNAM [Internet]. 2016. [citado el 12 de mayo del 2022]; 59 (6): 43-57. Disponible de: medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2016/un166h.pdf
35. Kearmey F, Moore A. Evaluación de hipotensión. Bes Price [Internet]. 2021. [citado el 12 de mayo del 2022]. s.p. Disponible de: bestpractice.bmj.com/topics/es-es/1196#

- ~:text=La%20hipotensi%C3%B3n%20se%20produce%20cuando, del%20bombeo%20card%C3%ADaco%20(cardi%C3%B3gena).
36. S.a. Clasificación del shock: sus cinco tipos y las causas subyacentes. El Sevier. [Internet]. 2018. [citado el 12 de mayo del 2022]. Disponible de: elsevier.com/es-es/connect/medicina/clasificacion-del-shock-y-causas-subyacentes
 37. Veiga Fernández F, Barros Cerviño SM, Martínez Calvo JR. Situaciones clínicas más relevantes: Deshidratación. [Internet] Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología [citado el 12 de mayo del 2022] Disponible [de: https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2027_III.pdf](https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2027_III.pdf)
 38. Recalde ACV. La sepsis como causa de daño renal [Internet]. Dialnet. 2019 [citado el 18 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://file:///C:/Users/usar/Downloads/Dialnet-LaSepsisComoCausaDeDanoRenal-7066868.pdf>
 39. Solar LAP. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención [Internet]. Scielo. [citado el 6 de abril de 2024]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004
 40. Gómez GM, editor. La hiperglucemia al ingreso en los pacientes críticos con sepsis se asocia a una mayor mortalidad tanto en pacientes diabéticos como en no diabéticos [Internet]. Vol. 9. 2019. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5331892.pdf>
 41. Romero Rivas E, Tapia Calcina EM, Vicente Chávez MG. Conocimientos y Prácticas de las Enfermeras sobre la aspiración de secreciones en pacientes adultos intubados en la UCI de un Hospital Nacional de Lima, junio 2017. [Tesis de especialización en Internet]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. (citado el 13 de mayo del 2022). Disponible de: repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1488/Conocimientos_RomeroRivas_Evelin.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 42. Seguro Social de Salud EsSalud. Pacientes postrados pueden presentar úlceras por presión. [essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe). [Internet]. 2014. (citado el 13 de mayo del 2022). Disponible de: <http://www.essalud.gob.pe/pacientes-postrados-pueden-presentar-ulceras-por->

- presion/#:~:text=Las%20%C3%BAleras%20por%20presi%C3%B3n%20s
on,de%20conciencia%20y%20mal%20apoyo
43. Perú. Ministerio de Salud. Documento Técnico: Guía de Procedimiento de Enfermería: Higiene de manos Prequirúrgico. Resolución Directoral N° 000076-2022-DG-INSNSB 01(2022, Feb) Disponible de: <https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2022/RD%20N%C2%B0%20000076-2022-DG-INSNSB.pdf>
 44. Mediline Plus [Internet]. Estados Unidos: MP; c2021. Equipo de protección personal; 24 de octubre 2021 [citado 13 de mayo de 2022] Disponible de: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000447.htm>
 45. Universidad Industrial de Santander [Internet]. España: UIS; c2018. Protocolo para la toma de signos vitales; 01 de octubre de 2018 [citado 13 de mayo de 2022] Disponible de: <https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/UISALUD/prestacionServiciosAsistenciales/Protocolos/TUD.06.pdf>
 46. Julián García I, Montero García E, Manero Solanas M, Galarreta Aprete S, López Zapater B. Humidificación en oxigenoterapia, cuándo sí y cuándo no [Internet]. Revista Electrónica de Portales Médicos; c2016. Disponible de: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/humidificacion-oxigenoterapia-si-no/>
 47. Mellado López S, Salgado Úbeda L, Martín Castaño C. Monitorización respiratoria [Internet]. Diploma universitario en cuidados intensivos cardiorrespiratorios para enfermería; c2015. Disponible de [http://aula.campuspanamericana.com/_Cursos/Curso01417/Temario/Diploma_U_Cuidados_Intensivos_Cardio/07%20M4T7%20\(CIE\).pdf](http://aula.campuspanamericana.com/_Cursos/Curso01417/Temario/Diploma_U_Cuidados_Intensivos_Cardio/07%20M4T7%20(CIE).pdf)
 48. Perú. Ministerio de Salud. Documento Técnico: Guía de Procedimiento de Enfermería: Aspiración de Secreciones Versión 02. Resolución Directoral N° 000103-2021-DG-INSNSB (2021, Abril) Disponible de: https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2021/RD%20N%C2%B0%20000103-2021-DG-INSNSB%20005-GUIA%20ASPIRACION%20DE%20SECRECIONES_VERSION%2002.pdf

49. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva [Internet] Argentina: SATI, c2014. Cuidado de la vía aérea en el paciente crítico. 18 de octubre del 2014. [citado el 14 de mayo de 2022] Disponible de: <https://elenfermerodelpendiente.files.wordpress.com/2014/01/cuidados-de-la-va-area.pdf>
50. Sociedad y Fundación Española de Cuidados Intensivos Pediátricos [Internet] España: SECIP, c2020. Protocolo de sedo analgesia en UCIP. 14 de agosto 2020 [citado el 14 de mayo de 2022] Disponible de: <https://secip.info/images/uploads/2020/07/Sedoanalgesia-en-UCIP.pdf>
51. Academic Disclosure una Fenob [Internet] Chile: ADF, c2020. Protocolos de atención obstétrica en tiempos COVID 19. diciembre 2020. [citado 15 de mayo de 2022] Disponible de: <https://revistasCIENTÍFICAS.una.py/index.php/rfenob/article/download/120/120/236>
52. OrtoSureste [Internet] España: OS, c2021. Posición de fowler y semifowler. 2021. Disponible de: <https://www.ortosureste.es/posicion-de-fowler-y-semifowler/>
53. Pinchi Paredes MY. Llenado capilar como predictor de respuesta a volumen en sepsis. [Trabajo académico de especialidad en Internet] Ecuador: Universidad Central del Ecuador, 2022 [citado 23 de enero 2023] 15 p. Disponible de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/28641/1/FCM-CPO-PANCHI%20MIREYA.pdf>
54. Hernández G. Tiempo de llenado capilar [Internet] Chile. 2019. Disponible de: <https://interconsulta.online/uti-club-4-tiempo-de-llenado-capilar/>
55. S.A. Mantener el Equilibrio Hídrico [Internet] Libre Texts Español; c2022. Disponible de: [https://espanol.libretexts.org/Ciencias_Sociales/Psicologia/Biopsicolog%C3%ADa_\(OERI\)_-_PROYECTO_DE_REVISI%C3%93N/12%3A_Comportamientos_ingentes_Comer_y_beber/12.01%3A_Mantener_el_Equilibrio_H%C3%ADrico#:~:text=Mantener%20un%20equilibrio%20h%C3%ADrico%20adecuado,electrolitos%20en%20el%20%C3%ADquido%20extracelular.](https://espanol.libretexts.org/Ciencias_Sociales/Psicologia/Biopsicolog%C3%ADa_(OERI)_-_PROYECTO_DE_REVISI%C3%93N/12%3A_Comportamientos_ingentes_Comer_y_beber/12.01%3A_Mantener_el_Equilibrio_H%C3%ADrico#:~:text=Mantener%20un%20equilibrio%20h%C3%ADrico%20adecuado,electrolitos%20en%20el%20%C3%ADquido%20extracelular.)

56. Egan LMF. Colocación de Sonda Orogástrica o Nasogástrica [Internet]. Org. ar.[citado el 30 de junio de 2022] Disponible de <https://www.fundasamin.org.ar/archivos/Colocacion%20de%20sonda%20orogastrica%20o%20nasogastrica.pdf>
57. SAVIA Salud Digital MAPFRE [Internet]. Peru: MAPFRE. Sonda Nasogástrica. 24 de junio del 2019. [citado 27 de setiembre de 2022] Disponible de: <https://www.saludsavia.com/contenidos-salud/otros-contenidos/sonda-nasogastrica>
58. Serón Arbeloa C, Martínez de la Gándara A, León Cinto C, Flordelís Lasiera JL, Márquez Vácaro JA. Recomendaciones para el tratamiento nutrometabólico especializado del paciente crítico: requerimientos de macronutrientes y micronutrientes. Grupo de Trabajo de Metabolismo y Nutrición de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Med Intensiva (Engl Ed) [Internet]. 2020 [citado el 27 de setiembre de 2022];44(1):24–32. Disponible de: <https://www.medintensiva.org/es-recomendaciones-el-tratamiento-nutrometabolico-especializado-articulo-S0210569120300024>
59. Ferrer Roca R, Sánchez Salado JC, Chico Fernández M, García Acuña JM, Lesmes Serrano A, López de Sá E, et al. Management of temperature control in post-cardiac arrest care: an expert report. Med Intensiva (Engl Ed) [Internet]. 2021 [citado el 27 de setiembre de 2022];45(3):164–74. Disponible de: <https://medintensiva.org/es-manejo-con-control-temperatura-cuidados-articulo-S0210569120302138>
60. Revista Argentina de Cardiología [Internet]. Argentina: SAC. C 2022. Consenso de monitoreo hemodinámico invasivo y no invasivo en cuidados intensivos cardiovasculares; abril 2022 [citado el 27 de setiembre de 2022] Disponible de: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2022/06/consenso-90-3.pdf>
61. Malgor LA, Valsecia ME. Analgésicos Antipiréticos y Antiinflamatorios no Esteroides (AINEs) Drogas Tipo Aspirina. [Internet] Disponible de: https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/0000cap7_aines.pdf

62. García Herrero A, Olivas López de Soria C, López Lois G. Deshidratación aguda. *Protoc diagn ter pediatr* [Internet]. 2020 [citado el 23 de diciembre de 2022] 1: 215-231. Disponible de: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/17_deshidratacion.pdf
63. Sánchez Ortúeta N, Rubio Alcalde L, Chaib Moh F, Rodríguez Romaguera ML, López Galindo S, San Gil López C. El colchón antiescaras como medida básica de prevención de úlceras por presión (UPP) en el paciente encamado [Internet]. *Revista Sanitaria de Investigación*; c2022. Disponible de: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-colchon-antiescaras-como-medida-basica-de-prevencion-de-ulceras-por-presion-upp-en-el-paciente-encamado/>
64. *Revista Médica* [Internet]. España: RM; c2022. Escala de Braden. Disponible de: <https://revistamedica.com/como/escala-de-braden/>
65. Richards J, Wilcox S. Diagnosis and Management of shock In the Emergency Departament. *Emergency Medicine Practice*. EB Medicine [Internet]; 2014 [citado el 30 de enero del 2022]. 16(3): 1-24 Disponible de: https://www.cmua.nl/Cmua/Inwerken_files/0314%20Shock.pdf
66. Vincent J-L, De Backer D. Circulatory shock. *N Engl J Med* [Internet]. 2013[citado el 30 de enero de 2022] 369(18):1726–34. Disponible de: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMr1208943>
67. (Naranjo-Hernández Y. Proceso Atención de Enfermería desde la perspectiva docente [Internet]. *Medigraphic.com*. [citado el 3 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2018/amc186n.pdf>)
68. (Aubry A, Vieillard-Baron A. Sepsis, shock séptico en el adulto. *EMC - Tratado Med* [Internet]. 2016;20(3):1–6. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1636-5410\(16\)79482-7](http://dx.doi.org/10.1016/s1636-5410(16)79482-7))
69. Andaluz-Ojeda D, Cantón-Bulnes ML, Pey Richter C, Garnacho-Montero J. Fármacos vasoactivos en el tratamiento del shock séptico. *Med Intensiva* [Internet]. 2022 [citado el 8 de julio de 2024];46:26–37. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-farmacos-vasoactivos-el-tratamiento-del-articulo-S0210569122000584>

70. Valenzuela Sánchez F, Bohollo de Austria R, Monge García I, Gil Cano A. Shock séptico. Med Intensiva [Internet]. 2005 [citado el 8 de julio de 2024];29(3):192–200. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-shock-septico-articulo-13074192>
71. Aleman L, Guerrero J. Hiperglicemia por sepsis: del mecanismo a la clínica. Rev Med Chil [Internet]. 2018 [citado el 13 de julio de 2024];146(4):502–10. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018000400502
72. Sáez de la Fuente J, Granja Berná V, Valero Zanuy MA, Ferrari Piquero JM, Herreros de Tejada y López Coterilla A. Insulinoterapia en el medio hospitalario. Nutr Hosp [Internet]. 2008 [citado el 13 de julio de 2024];23(2):126–33. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112008000.
73. Lynda Juall Carpenito. Planes de Cuidados y Documentación en enfermería (1983) Intervenciones Mc Grow -Hill
74. Para salvar vidas. <https://www.diariomedico.pe/detener-la-sepsis-para-salvar-vidas/>.
75. Oficina de Estadística e informática Hospital Regional Docente Cajamarca 2021-2023.

NEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con Shock Séptico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Docente, Cajamarca. El objetivo de este estudio es Proceso de Atención de Enfermería aplicado al paciente de iniciales R.M.C.T. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Miriam Noemí Cusquisibán Quispe bajo la asesoría de la Dra. Verónica María Chávez Rosero. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio. Se me ha informado que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán las precauciones correspondientes a la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

Beneficios del estudio.

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento, antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto. Habiendo leído detenidamente el consentimiento y escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre y apellido: _____

DNI: _____ Fecha: _____

Firma

ANEXO 2

SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA DISFUNCIÓN ORGÁNICA – SOFA

SOFA	0	1	2	3	4
Respiratorio PaO ₂ /FIO ₂ (mm Hg) SaO ₂ /FIO ₂	>400	<400 221–301	<300 142–220	<200 67–141	<100 <67
Coagulación Plaquetas 10 ³ /mm ³	>150	<150	<100	<50	<20
Hígado Bilirrubina (mg/dL)	<1.2	1.2–1.9	2.0–5.9	6.0–11.9	>12.0
Cardiovascular Hipotensión	No hipotensión	PAM <70	Dopamina <=5 o dobutamina	Dopamina >5 o norepinefrina <=0.1	Dopamina >15 o norepinefrina >0.1
SNC Score Glasgow de Coma	15	13–14	10–12	6–9	<6
Renal Creatinina (mg/dL) o flujo urinario (mL/d)	<1.2	1.2–1.9	2.0–3.4	3.5–4.9 or <500	>5.0 or <200

PAM, presión arterial media; SNC, sistema nervioso central; SaO₂, Saturación arterial de oxígeno periférico.

^aPaO₂/FIO₂ relación utilizada preferentemente. Si no es disponible, la SaO₂/FIO₂ es usada; medicamentos vasoactivos administrados por al menos 1 hora (dopamina y norepinefrina ug/kg/min)

ANEXO 3
VALORACION DE ENFERMERÍA POR DOMINOS

(en cada casillero en blanco escribe sí o no)

DATOS GENERALES

Nombre: _____
Diagnóstico _____ Edad: ____ Historia Clínica: _____
Diagnóstico Médico: _____ Cama: _____
Fecha de ingreso: _____ Motivo de ingreso: _____
Tratamiento que recibe _____
Antecedentes de enfermedad: _____ Otros describa _____
Antecedentes quirúrgicos _____
Procedimientos previos _____
Signos y síntomas de la alergia: (describa) _____

DOMINIO 1: PROMOCION DE LA SALUD (Toma de conciencia de la salud y manejo de la salud)

Conoce las practica sanitaria básicas _ cumplió sus vacunas _ presenta agua desagüe en casa _

Cuando se enferma a donde acude Ud.

Describir: _____ Automedicación: _____

Factores de riesgo: _____ Frec. Alcohol ____ Frec. Sedentarismo ____ Activa ____

Medicamento indicado _____ Dosis y frecuencia _____

Ud cumple el tratamiento médico ____ describir el motivo del incumplimiento del tratamiento _____

Sabe cómo cuidarse después del alta: _____ Especificar _____

conoce su enfermedad ____ deseo saber como cumplir mi tratamiento _____

Habitos de higiene:(describa) _____ Alimentación en su hogar (describir) _____ Otra

información _____

DOMINIO 2: NUTRICION (Ingestión, digestión, absorción, metabolismo, hidratación)

Vía de ingesta: Oral ____ SNG: ____ Sonda panda ____ ileostomía ____ i Orogastrica ____

Apetito: Normal __ Anorexia __ Bulimia __ Hiporexia __ Peso actual: __ IMC __ NPO ____

Dentadura: Completa ____ Incompleta ____ Ausente ____ Prótesis ____ caries dental ____

Pirosis ____ otro _____ Dificultad para deglutir: ____ Describa el motivo de

dificultad de deglución: _____ otra dieta _____
 Tipo de dieta: Hiperproteica: _____ Hiposodica: _____ Hipograsa _____ Líquida _____
 Tolerancia oral _____ licuada _____ volumen: _____ Piel y mucosa hidratada: _____ Seca: _____
 Edema: _____ Localización (describir) _____ Sensación llenura: _____ Abdomen:
 Normal: _____ Distendido: _____ Globuloso: _____ porcentaje tolerancia de dieta _____ dispepsia _____
 Perdió peso en últimos 6 meses Cuanto: _____ Resultados de laboratorio: Proteínas totales:
 _____, Hgna: _____ Otros datos _____

DOMINIO 3: ELIMINACION (Sistema urinario, gastrointestinal, tegumentario y pulmonar)

Número deposiciones/día _____ no hace deposiciones días _____ N° de deposición líquidas _____
 heces duras _____
 Características: Normal _____ con sangre _____ Con moco _____ Sin color _____ Vómitos _____ N°
 veces/día Especificar las características: Volumen _____ Cuantas veces orina/día Normal
 _____ retención _____ Incontinencia _____ Tipo de incontinencia _____ Uso de pañal: _____
 Uso de sonda Foley _____ Fecha de inserción: _____ Volumen urinario/día: _____ BHE _____
 Características: Ámbar _____ Colúrica _____ Con sangre _____ Sedimentosa _____ Oliguria _____
 Anuria _____ otro _____ Ruidos hidroaéreos: Normal _____ hace deposiciones diarias _____
 Aumentado _____ Ausente _____ BUN/ creatinina _____
 Abdomen: Normal: _____ Distendido: _____ Timpánico: _____ Tabla: _____ Ascitis _____ Masas _____
 hernias _____ fistula _____ Ostomias _____ Ileostomía _____ Yeyunostomía _____ Colostomía _____
 Drenajes _____ Especificar tipo y característica de secreción _____
 Volumen del drenaje: Sudoración continua _____ Sudoración intermitente _____ Sudoración
 profusa _____ Aleteo nasal _____ agitación _____ Disnea _____ hipoxia _____ Resultados de la
 gasometría: PH: _____ PCO2 _____ HCO3Na _____ PO2 _____ Sat% _____ Resultados de
 los _____ exámenes _____ de
 laboratorio _____
 Otra información _____

DOMINIO 4: ACTIVIDAD Y REPOSO (Reposo/sueño, actividad/ejercicio, equilibrio de la

energía y Respuesta cardiovasculares/respiratorias) Problema para dormir: Explique el
 motivo _____ sueño intermitente: Pesadilla _____ Duerme con
 pastillas: Mencione que pastilla toma para dormir: _____
 Despierta _____ temprano: _____ Explique _____ el
 motivo _____ A falta de sueño Ud.
 observa: Irritable cansado _____ Ojeroso _____ Falta atención _____ apatía _____ Deseo de mejorar

el sueño ____ sentirse estar descansado Actividad/ejercicio. ____ desaliño incapacidad de
 llegar WC incapacidad vestirse: ____ llevar alimento ____
 Capacidad percibida por nivel 0 1 2 3 4: Marcha ____ Nivel ____ completo autocuidado
 (independiente) ____ Marcha con ayuda ____
 Nivel 1 Necesita uso de un equipo o dispositivo ____ Bastón ____ Muleta ____
 Nivel 2 Ayuda o supervisión de otra persona ____ Andador ____ otro ____
 Nivel 3 Ayuda de otra persona y de equipo ____ Silla de rueda ____
 Nivel 4 Dependiente totalmente ____ postrada ____
 Dep 1 (0-6) dep 2 (7-12) dep 3 (13-18) dep 4 (19-24) ____ amputación ____ Movilización
 de los miembros: ____ contracturas ____ Flacidez ____ Parálisis ____ parestesia ____ Paresia
 Fuerza muscular: conservada ____ Disminuida ____ falta de energía ____ letargo
 ____ cansancio ____
 Pulso: ____ Rítmico ____ Arritmia ____ Débil ____ Presión arterial: Sístole ____ Diástole ____
 Palidez ____ Petequia ____ Llenado capilar ____ Edema: ____ Localización: Piernas ____
 brazos ____ Anasarca ____ Riego periférico Extremidad superior ____ Normal ____ Cianosis
 ____ Fría ____ falta sensibilidad extremidad inferior ____ Normal ____ Cianosis ____ Fría ____
 ortopnea ____
 Pulso pie/poplíteo: Normal ____ Ausente ____ Ingurgitación yugular ____ Varices ____
 Respiración: ____ Rítmico arrítmico ____ Disnea ____ Aleteo nasal ____ uso de músc
 respiratorios ____ Aumento de PCO₂ ____ disnea ____ respiración c/labios fruncidos ____
 traqueostomía ____ TET ____ Ayuda respiratoria: ____ Oxígeno 15 Litros/min: ____ CBN
 Mascarilla simple ____ Venturi ____ Otro ____ Datos de laboratorio:
 ____ otros datos ____

DOMINIO 5: PERCEPCIÓN/COGNITIVO (Atención, orientación, sensación/percepción, cognición y Comunicación)

Edad: ____ Presenta lagunas mentales Frecuencia ____ Se da cuenta de su entorno
 Alteración del pensamiento: ____ Visión: Normal ____ Disminuido ____
 Nubosidad ____ Orientado Tiempo ____ Espacio ____ Persona ____ Audición: Normal ____
 Disminuida ____ Ausente ____ Nivel de conciencia: Glasgow ____ Olfato: Normal ____
 disminuido ____ Anosmia ____ Gusto: Normal ____ disminuido ____
 Orientado mediante conv 5 Espontánea ____ 4 Obedece orden ____ 6 Lenguaje: Normal
 Afasia ____ Disartria ____ Confuso 4 A la voz ____ 3 Localiza dolor ____ 5 Barreras de
 comunicación: ____
 Palabras inapropiadas 3 Al dolor ____ 2 Se retira ____ 4 Idioma ____

Efectos fármaco pupila mióticas ____ Sonidos incomprensible 2 No responde ____ 1 Flexión anormal ____ 3 Se recuerda las cosas ____ olvida fácil ____ No responde 1 Extensión ____ 2 conoce su enfermedad ____

Puntaje total: RV (1) R.O. (1) R.M (1) 1 1

No responde 1 ____ falta información ____ pupilas isocóricas ____ temor en manejar su cuidado presenta conducta de hostilidad ____ agitación ____ pupilas anisocóricas ____ otra información _____

Puntos a evaluar Deambula _____ Eliminación _____ Vestirse ____ talla ____ motora Bañarse/ aseo personal Movilización en cama Toma los alimentos

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN (auto concepto, autoestima, imagen corporal)

falta de iniciativa ____ Afronta la situación ____ Expresión de inutilidad vergüenza de sí mismo ____

DOMINIO 7 ROL/RELACION (Roles de cuidador, relaciones familiares, desempeño del rol)

Temor de cuidados que recibirá en casa ____ sentimiento de frustración ____ impaciencia Cuidado del paciente es Efectiva ____ Inefectiva ____ explique el motivo _____ cambios en las tareas Reacción individual ____ y familiar frente al acontecimiento _____

Estado civil: Soltero No Casado no Divorciado no Conviviente S i Viuda(o) Vive solo familia S i Asilo Amigos Relación familiar entorno al paciente es adecuado Si Inadecuado _____ Hay conflictos familiares Que tipo de conflictos explique _____ Ocupación: _____ Comerciante Grado de Instrucción: _____ Secundaria pandillaje No Fuente de apoyo: Familia ____ Hermanos ____ Amigos ____ Congregaciones ____ El ingreso es suficiente para satisfacer a su familia ____ Cuanto es el ingreso aproximado _____ Cual es la responsabilidad en su hogar (describir) _____ Jefe de familia otra información _____

DOMINIO 8 SEXUALIDAD (Identidad sexual, función sexual, reproducción) Problemas de identidad sexual ____ Problemas en actividad sexual con su pareja ____ pérdida de interés cual es el motivo explique _____ limitación sexual por enfermedad terapia edad problema psicológico ____ Otro especifique _____

Fértil ____ N° de hijos ____ Uso de métodos anticonceptivos ____ cual
____ otra información _____

DOMINIO 9 AFRONTAMIENTO /TOLERANCIA AL ESTRÉS (Respuesta postraumática, respuesta de afrontamiento y estrés neurocomportamental)

Violación sexual Fecha violación: _____ Reacción frente a violación: Deprime ____ Intento de suicidio ____ aísla ____ Voz temblorosa ____ Reacciones frente a un trauma físico ____ psicológico ____ enfermedad ____ acepta tiempo de hospitalización ____ Indiferencia ____ Preocupación ____ miedo ____ tensión ____ Estrés ____ Angustia ____ Desesperación ____ Tristeza ____ asustado ____ rechazo ____ Negación ____ Desesperanza ____ pánico ____ desconfianza ____ Frente a la pérdida real se siente Culpable ____ cólera ____ sufrimiento ____ Problemas en sistema nervioso simpático ____ Normal ____ Parálisis ____ hipertensión ____ paroxística ____ sabor metálico en la boca ____ aumento del PIC ____ reflejo pilomotor ____ Lesiones medulares ____ Movimientos descoordinados ____ otros datos _____

DOMINIO 10 PRINCIPIOS VITALES (valores creencias y congruencias de las acciones c/valores creencia)

Religión: _____ católica Su religión es importante en su vida: _____
Si cumple con tto _____ No Solicita visita de capellan: _____ Influye su religión en cumplir el tratamiento médico Presenta problemas para tomar decisiones Si su respuesta es SI explique el motivo _____ otros datos _____

DOMINIO 11 SEGURIDAD Y PROTECCIÓN (Infección. lesión física, violencia, peligros ambientales, procesos defensivos y termorregulación)

Lengua saburra ____ Halitosis ____ sangrado ____ queilitis ____ estomatitis ____ Resultados de laboratorio _____ Lesión en mucosa Integridad dérmica Intacta ____ incisión quirúrgica ____ Otros especifique _____ ileostomía Catéteres invasivos: Periférico Ubicación _____ Fechas de inserción: ____ N° de días ____ Catéter V central ____ catete arterial Ubicación _____ N° de días de permanencia ____ catéter invasivo de drenaje: DPR ____ Kerth hemocac Jackson pratt ____ otra tipo de drenaje _____ secreción purulenta ____ Tipo de lesión en tejidos: úlceras por presión ____ Herida abierta ____ Escala de Norton para valorar Estado físico Bueno ____ Aceptable ____ deficiente ____

Muy deficiente ____ el riesgo de úlceras decúbito Incontinencia ____ Ocasional ____ habitual ____ Doble ____

Puntos de 5-9 muy alto ____ Actividad: Deambula ____ Camina c/ayuda ____ Sentado ____ Encamado ____ Puntos de 10-12 alto riesgo ____ Movilidad Total ____ Disminuida ____ Muy limitada ____ Inmóvil ____

Puntos de 13 - 14 Riesgo med estado mental: Alerta ____ Apático ____ Confuso ____ Estupor ____

puntos +de 14 mínimo riesgo Lesión por rasurado Incapacidades: Demencia ____ violencia física ____ violencia familiar ____

Vías aéreas permeables ____ Secreciones ____ estertores ____ crepitantes ____ sibilancia ____ presenta tos ____ Dificultad para expectorar ____ Dificultad para vocalizar ____ Depresión del reflejo tusígeno ____ Autoagresión ____ Agresividad a las demás lesiona ____ así mismo Reacción a medicinas ____ Ingesta de sustancias toxica ____ Prurito ____ Edema de labio ____ Edema lengua ____ Rash cutáneo a material de latex ____ Alcoholismo ____ Drogadicción ____ Hipotermia ____ Hipertermia ____ No controla temperatura: temperatura normal ____ otra informacion ____ T° ____

DOMINIO 12: CONFORT (confort físico, confort ambiental, confort social) Describa sus 5 características del dolor ____ deseos de mejorar la relajación

En qué tipo de situaciones presenta el dolor describa: ____ Hizo efecto del

analgésico Que factores influyen para incrementar el dolor explique ____ Nauseas Motivo de las náuseas

explique ____ Recibe visitas de familiares S i Miedo a la

soledad tristeza Deseos mejorar el bienestar Se siente solo Se niega a conversar con los demás Se retrae otra

informacion ____

permanece en cama con barandales decúbito supino ____

DOMINIO 13 CRECIMIENTO Y DESARROLLO (crecimiento y desarrollo) Pérdida de peso

no intencionada ____ Apatía ____ Dificultad de concentrarse ____ Alteración del humor Aporte nutricional deficiente por trastorno multisistémico dificultad en razonamiento No participa en su actividad diaria otra información ____

No evaluable indicador 4 3 2 1 27