

# CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON SHOCK SÉPTICO (FOCO ABDOMINAL) E INSUFICIENCIA RESPIRATORIA II

*por* ADRIANA ROSARIO SALAZAR SÁNCHEZ

---

**Fecha de entrega:** 29-nov-2022 09:57a.m. (UTC-0500)

**Identificador de la entrega:** 1936926550

**Nombre del archivo:** TA\_Salazar.pdf (841.2K)

**Total de palabras:** 25469

**Total de caracteres:** 136516

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON  
SHOCK SÉPTICO (FOCO ABDOMINAL) E INSUFICIENCIA  
RESPIRATORIA II**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE  
CRITICO ADULTO**

**AUTORA:**

**LIC. ADRIANA ROSARIO SALAZAR SÁNCHEZ**

**ASESORA:**

**Dra. SUSAN GONZALES SALDAÑA**

**LIMA – PERÚ**

**2022**

## ÍNDICE

RESUMEN	iv
ABSTRACT.....v	v
INTRODUCCIÓN	vi

### CAPÍTULO I

#### MARCO TEÓRICO

1.1.	
SHOCK SÉPTICO .....	7
1.2.	
PERITONITIS.....	14
1.3 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA.....	19
1.4. MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON...	29
1.5. <b>MODELO DE VIRGINIA HENDERSON</b>	
<b>Y EL PROCESO DE ENFERMERÍA</b> .....	23

### CAPÍTULO II

#### **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

I.- VALORACIÓN .....	30
a) Datos generales .....	30
b) Valoración y agrupación por dominios .....	37
c) Cuadro de análisis e interpretación de datos .....	42
II.- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA .....	55
a) Formulación de diagnósticos de enfermería.....	55
b) Priorización de diagnósticos de enfermería.....	56
III.- PLANEAMIENTO.....	57

IV. EJECUCIÓN.....	79
V.- EVALUACION.....	79
CONCLUSIONES	
RECOMENDACIONES	
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	

## RESUMEN

La exposición del tema es de un usuario con Shock Séptico foco abdominal más Insuficiencia Respiratoria tipo I, busca que el Enfermero (a), logre brindar un cuidado de Enfermería sistemático y humanizado mediante el empleo del Instrumento reconocido como Proceso de Atención de Enfermería.

El capítulo I, describe las bases teóricas de las patologías del paciente, en el capítulo II, realiza la apreciación y análisis de los datos significativos y se formulan diagnósticos de enfermería y actividades a realizar, las ejecuciones de las actividades se desarrollan en el capítulo IV y finalmente, realizar la evaluación comparando los resultados alcanzados con los objetivos planeados a través del capítulo V, todo ello a través de la Teoría de Valoración por Dominios.

En Unidad de Cuidados Intensivos la enfermera emplea como método científico el proceso de enfermería que se caracteriza por ser dinámico, cíclico y flexible, además le permite replantear los diagnósticos de acuerdo a la respuesta del paciente frente a las patologías presentes.

**PALABRAS CLAVES:** Shock Séptico, Intervención de Enfermería, Diagnósticos de Enfermería, Insuficiencia Respiratoria Aguda.

### **ABSTRACT**

The exposition of the theme of a user with Septic Shock, abdominal focus plus Respiratory Failure II, seeks that the Nurse manages to provide systematic and humanized Nursing care through the Instrument recognized as a Nursing Process.

Nursing care.

Chapter I describes the theoretical bases of the patient's pathologies, in chapter II, performs the appreciation and analysis of significant data and nursing diagnoses and activities to be carried out are formulated, the execution of the activities are developed in chapter IV and finally, carry out the evaluation by comparing the results achieved with the objectives planned through chapter V, all through the Theory of Valuation by Domains.

In the Intensive Care Unit, the nurse uses the nursing process as a scientific method, which is characterized by being dynamic, cyclical and flexible, and also allows her to rethink diagnoses according to the patient's response to the present pathologies.

**KEY WORDS:** Septic Shock, Nursing Intervention, Nursing Diagnoses, Acute Respiratory Failure.

## INTRODUCCIÓN

La Herramienta científica del profesional de Enfermería es una técnica al que nos podemos referir como el juicio del experto para dedicar arreglados de manera holística al beneficiario, de tal modo que se pueda minimizar, promover o eliminar el daño a la salud.

Mediante el empleo del instrumento del experto (Enfermero/a), en un beneficiario en estado crítico de salud con shock séptico con punto de partida abdominal más Insuficiencia Respiratoria Aguda II, hospitalizado en la Unidad de Intensivos del hospital "Víctor Ramos Guardia" de Huaraz, se logró arribar un modelo de atención para este tipo de pacientes, el profesional de enfermería no solo requiere contar con los conocimientos suficientes acerca de la patología para prevenir complicaciones y sus consecuencias en la particularidad de vida del beneficiario, sino también explorar habilidades, destrezas en la detección precoz para el manejo oportuno.

El Shock Séptico es la causa primordial de las defunciones en las Ucis, entre el 40% al 60% y más aún, considerando el incremento de casos como consecuencia de los avances médicos y tecnológicos asociados al avance en el tratamiento y la ejecución de procedimientos invasivos se ha elegido el presente caso clínico.

Así nuestro objetivo principal fue identificar las insuficiencias y las complicaciones existentes y viables de nuestro beneficiario, luego establecer prioridades en las actuaciones y posteriormente definir las responsabilidades específicas y hacer una planificación y organización de los cuidados.

El PAE nos permitió innovaciones dentro de los demás dentro de la metodología aplicada para la recolección de información se cimentaron los datos de la Historia Clínica y de la familia para su posterior clasificación por Dominios, todo ello enmarcado en la teoría de Virginia Henderson, el cual le da la categoría de cuidados individualizados de acuerdo a como responda la persona y familia ante la amenaza real o potencial de salud efectiva o viable de salud que permitió crear Un plan de obligaciones ajustado en las necesidades básicas y réplicas humanas asistiendo las personas desde un punto de vista holístico desarrollando una facultad para el profesional por ende impulsando el empoderamiento.

## **CAPÍTULO I**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **1.1. SHOCK SÉPTICO**

##### **1.1.1. Definición**

El shock son revelaciones de varios procesos, debido a la mala circulación tisular que causa un déficit de oxígeno en los órganos y sistemas, dando lugar a una asimilación celular anaerobio, con desbordamiento de la producción de lactato y acidosis metabólica y si se extiende en el tiempo se extinguen los depósitos energéticos celulares alterando la función celular, con pérdida de integridad y lisis, lo que conduce a un quebranto pluriorgánico y finalmente, a la muerte.

Su origen es una vasodilatación marcada a nivel de la macro y microcirculación y es consecuencia de la respuesta inflamatoria del huésped a los microorganismos y sus toxinas (Moreno et al., 2011).

##### **1.1.2. Fisiopatología y etiología**

Al iniciar una contaminación microbiana del cuerpo el sistema inmunitario es eficiente de reconocer y queda restrictiva. En ciertos casos, las defensas no pueden pugnar la infección de forma intensa y si las bacterias eliminan las toxinas se causan elementos que estimulan una inflamación generalizada produciendo un shock séptico.

Estos acumulados complejos, suscitan una conmutación en diversos órganos: hígado, el riñón y el pulmón y trastoran el trabajo de la coagulación de la sangre y del sistema cardiovascular (Bugedo y Pérez, 2010).



El sistema inmunitario desequilibrado como en los niños, ancianos e inmunodeprimidos presentan este tipo de manifestaciones.

### 1.1.3. Manifestaciones Clínicas

Se implantó el término “Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica” (SRIS) determinado como la réplica integral del organismo ante determinados estímulos, cuyo aspecto puede deberse a causa infecciosa o no infecciosa, en la que aparecen dos o más de los siguientes hallazgos clínicos:

- . Calor corporal mayor a 38°C o menor a 38°C
- . Latido cardiaca mayor a 90 latidos por minuto
- . Hiperventilación con frecuencia respiratoria > 20 respiraciones por minuto o PaCO<sub>2</sub><32 mmHg.
- . Variación del balance de leucocitos con más de 12,000 o menos de 4,000mm<sup>3</sup> o más de 10% de cayados.

En cualquier caso, el diagnóstico sindrómico de sospecha se basa en:

**A) Hipotensión arterial:** Presión arterial media (PAM) <60 mmHg o presión arterial sistólica (TAS) <90 mmHg o un descenso >40 mmHg de sus números basales. La medición de la PAM <sup>5</sup> permite una valoración menos sujeta a errores que la PAS.

**B) Disfunción de órganos:** oliguria, alteración del nivel de conciencia, dificultad respiratoria.

**C) Signos de alarma de mala perfusión:** frialdad, livideces cutáneas, relleno capilar enlentecido, acidosis metabólica.

### 1.1.4. Diagnóstico

Según su codificación, el marco clínico se muestra de la siguiente manera:

<sup>6</sup>  
**A. SÍNDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA (SIRS):**

Conceptos recientes caracterizados por la presencia de dos o más de los siguientes criterios:

- Frecuencia cardiaca > 90 Lpm
- Temperatura >38°C o < 36°C.
- Leucocitos > 12,000 o < 4,000 ó leucocitos normales con más del 10% de formas inmaduras.
- Frecuencia respiratoria > A 20 pm.
- PCO<sub>2</sub> < 32mmHg.

B. **SEPSIS**: Contaminación dudosa o confirmada y/o microbiológicamente con uno o más de los criterios de SIRS o cualquiera de los siguientes

- Variables generales:
  - . Cambio del estado mental.
  - . Hidropesía significativa o balance hídrico positivo (>20ml/Kg en 24 horas).
  - . Hiperglucemia (glucosa en sangre > 120mg/dl) en ausencia de diabetes.
- Variables inflamatorias:
  - . Leucocitos > 12,000 o < 4,000.
  - . Número de leucocitos normal con > 10% de formas inmadura
  - . Proteína C reactiva > 2 veces al valor normal.
  - . Procalcitonina >2 veces el valor normal.
- Otros:
  - . Saturación de sangre venosa mixta SVO<sub>2</sub> > 70%
  - . Índice cardiaco > 3,5 L/min.

C. **SEPSIS SEVERA**: Sepsis incorporada a trastorno de órganos, e hipotensión o hipoperfusión:

**Variables de disfunción de órganos:**

- . Hipoxemia arterial (PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 300).
- . Oliguria aguda diuresis < 0,5 ml/Kg/h durante al menos dos horas
- . Creatinina > 2mg/dl.

. Alteración de la coagulación (INR>1.5/TIPA > 60 segundos).

. Trombocitopenia (plaquetas < 100,000).

. Hiperbilirrubinemia (Bil T>2mg/dl).

**Variables de perfusión tisular:**

. Hiperbilirrubinemia > 2 mmol/l.APACHE II.

**Variables hemodinámicas:**

. Hipotensión arterial definida como Tas<90 / TAm<70 / caída de la Tas>40 (Salgado y Rodríguez, 2006).

Se afirma, sepsis severa de alto riesgo cuando falla dos o más órganos o presenta una puntuación APACHE-II de más de 24 puntos en las últimas 24 horas (Pierre Asfar M, et al., 2014).

D. **SHOCK SÉPTICO:** tensión arterial baja (definida como Tas<90 mmHg / TAm< 60 mmHg/caída de la Tas>40 mmHg) causado a la sepsis que perdura pese al aporte de líquidos, acompañado de alteraciones de la perfusión (acidosis metabólica o hiperlactacidemia) o disfunción de órganos.

El shock séptico se ocasiona cuando el agente infeccioso, sus toxinas y/o la liberación en la circulación de los mediadores de la inflamación provocan una descompensación cardiovascular caracterizada por un shock distributivo con hipotensión, disminución de las resistencias vasculares sistémicas y gasto cardíaco elevado con la siguiente alteración del metabolismo y muerte celular a nivel de diversos órganos que lleva a la muerte o al síndrome de disfunción multiorgánico (Salgado y Rodríguez, 2006).

Se puede considerar que este grupo de síndromes definidos con los anteriores criterios son un Continuum de diversos estadios de una misma enfermedad.

. En pacientes sépticos, con una temperatura elevada o disminuida (>38°C / <36°C), taquipnea y taquicardia, ocasionalmente puede presentar una rash cutáneo generalizado, con importante debilidad de forma global, hipotensión (TAS<90 mmHg) y frecuentemente con un

estado mental alterado (confusión, agitación, estupor, coma) por lo que estas van a ser las manifestaciones fundamentales:

- Temperatura elevada/disminuida.
- Debilidad generalizada.
- Taquipneico.
- Alteración del estado mental.
- Taquicárdico.
- Hipotenso.
- Rash cutáneo (ocasionalmente).

El diagnóstico de SIRS, sepsis, sepsis grave y shock séptico sigue siendo clínico.

No hay ningún marcador biológico con la suficiente sensibilidad. Los Parámetros más objetivables son los que definen el propio estado de sepsis (variables inflamatorias como leucocitosis o leucopenia, desviación izquierda, aumento de Procalcitonina o PCR) y los parámetros de perfusión, entre ellos tensión arterial media (TAM), niveles de lactato y saturación venosa de O<sub>2</sub> (SVO<sub>2</sub>).

La anamnesis se complementa con el examen físico donde es elemental determinar la periodicidad cardíaca y respiratoria, calor corporal y tensión arterial.

La cadena de pruebas adicionales de obligada realización:

. **Analítica de urgencia:** Hemograma completo con coagulación y pruebas cruzadas, glicemia, iones, creatinina, perfil hepático, amilasa, ácido láctico

. **Electrocardiograma:** Para revelar lesión aguda miocárdica.

. **Radiografía de tórax:** en dos proyecciones, si es posible.

. **Hemo y urocultivo:** si se aprecia shock séptico.

. **Otras exploraciones: Diagnóstico por imágenes (TAC, ECO, gammagrafía pulmonar)** en función de la sospecha etiológica.

- . **El control de la FC:** Se Debe ejecutar empleando monitorización electrocardiográfica continua, lo que determinara la detección de arritmias.
- . **La PA:** Debe ser monitorizada de forma invasiva con un catéter arterial, debe recurrir a la PAM como valor de referencia pues a diferencia de la PAS, es la misma en todo el árbol arterial.
- . **La presión venosa central:** Se calcula con un catéter instalado en vena cava superior y admite una valoración aproximada del estado de volemia.
- . **Medición de la diuresis:** a través del catéter Foley, para medición del filtrado renal horaria.
- . **Pulsioximetría:** para la valoración de la saturación arterial de O<sub>2</sub> (SatO<sub>2</sub>).
- . **Monitorización metabólica:** La medición de los niveles de lactato resulta tardía, pero es importante ya que sus niveles se relacionan con la mortalidad. Existen otras mediciones más complejas como la tonometría gástrica que se utiliza para determinar el PH de la mucosa gástrica (Moreno et al., 2011).
- . **Pruebas de la Coagulación Sanguínea:** Pueden estar alteradas.
- . **Gasometría Arterial:** Mostrará el grado de oxigenación de la sangre y la falta de oxigenación de los tejidos.
- . **Cultivos Microbiológicos:** hemocultivo, urocultivo, secreciones respiratorias o de aquellos focos que se sospeche como origen de la infección para detectar las bacterias responsables y dar un antibiótico específico (Olaechea, 2021).

#### 1.1.5. Tratamiento:

##### A. Soporte Respiratorio

Cuidar la permeabilidad de la vía aérea y una ventilación y oxigenación adecuada. Habitualmente se usa la administración de O<sub>2</sub> mediante mascarilla tipo ventimask con FiO<sub>2</sub> del 40% o gafas nasales. Se recurre la intubación endotraqueal en caso de insuficiencia respiratoria severa (PaO<sub>2</sub><60 mmHg) con o sin hipercapnia, taquipnea grave con aumento del trabajo respiratorio y/o alteración del nivel de conciencia (Glasgow<8).

### **B. Soporte Circulatorio**

Una vez reforzada la función respiratoria hay que instaurar un acceso venoso que garantice el aporte de fluidos y fármacos. Si se administra fármacos vasoconstrictores es preciso utilizar siempre una vía central.

### **C. Reposición de la volemia**

Aparte de la causa del shock, y no existen signos de exceso de volumen, es indispensable reponer el volumen circulante. Para ello se pueden usar:

#### **a. Soluciones cristaloides**

Se recurren regularmente las soluciones salinas fisiológicas (CINa 0,9%) y el Ringer lactato.

#### **b. Soluciones coloides**

Su primacía es que expanden la volemia con un menor aporte. El coloide natural por excelencia es la albúmina. las soluciones coloides más puestas son simétricas:

##### **- Dextranos:**

Son polisacáridos de alto peso molecular (PM), formados por polímeros de glucosa. Se comercializan en dos formas dextrano-70 y dextrano-40. Los principales inconvenientes de los Dextranos son su capacidad antigénica, por lo que pueden provocar reacciones anafilácticas severas.

##### **- Gelatinas:**

Son combinados obtenidos del hidrólisis del colágeno bovino producen una expansión de volumen del 80-100% de la cantidad infundida.

### c. Fármacos Cardiovasculares

Se presentan en dos grupos: fármacos que actúan sobre el inotropismo cardíaco y preparados que intervienen sobre las resistencias vasculares. la mayoría de ellos adquieren ambos efectos dependiendo de la dosis empleada y todos se administra en perfusión continua (Moreno et al., 2011).

## 1.2. PERITONITIS

### 1.2.1. Definición

Es un cuadro inflamatorio generalizado o localizado del revestimiento peritoneal subsiguiente a una violencia química, penetración bacteriana, necrosis local o contusión directa.

### 1.2.2. Etiología:

La infección del peritoneo puede ser inducida por:

- a. La entrada de microbio a la cavidad abdominal: apendicitis, colecistitis, úlceras perforadas, diverticulitis, pancreatitis, salpingitis, infecciones pélvicas, etc.
- b. Por perforaciones agudas originados por cuadros patógenos, traumáticas, compresión o infarto intestinal.
- c. Existencia de sustancias químicas irritantes como en la pancreatitis.
- d. Introducción de cuerpos extraños: gasa, talco, almidón, etc.
- e. La aparición de sustancias raras (endógenas o exógenas): escape anastomótico, contaminantes como sangre, bilis, orina, etc.

### 1.2.3. Clasificación

- **Peritonitis localizada o focalizada.** - Se confinan en un lugar específico como resultado de inflamación de una víscera abdominal, por ejemplo: Fosa Iliaca Derecha.

- **Peritonitis generalizada o Difusa.** - Delimitada en toda la cavidad peritoneal proviene de una localización específica inicialmente circunscrita.
- **Peritonitis séptica.** – Es de origen bacteriana, cuando la cantidad de bacterias supera los mecanismos de defensa peritoneal. Las más comunes son: por bacilos coliformes aerobios gramnegativos (*Escherichia coli*) y anaerobios (*Bacteroides fragilis*) y de origen ginecológico (*Clostridium* y *Gonococo*).
- **Peritonitis aséptica.** - La irritación del peritoneo es de comienzo no bacteriana. Puede ser inducida por la entrada en la cavidad peritoneal de ciertos líquidos o preparaciones químicas con fines terapéuticos (por ejemplo, polvo de guantes, talco o almidón) o por el escape hacia la cavidad peritoneal de sangre, bilis, quimo, jugo gástrico o jugo pancreático pero que en tales casos, si bien el exudado peritoneal al principio no está infectado, tarde o temprano ocurre invasión bacteriana y la peritonitis luego de un tiempo de no encontrar gérmenes se torna infecciosa.
- **Peritonitis primarias.** - Estas peritonitis en sentido estricto son de naturaleza secundaria ya que los organismos infectantes, que habitualmente son estreptococos o neumococos, llegan al peritoneo de algún foco distante por medio del torrente circulatorio, por los canales linfáticos o a través del tracto genital femenino.
- **Peritonitis Secundaria.** - Son entidades que pueden complicarse casi cualquier patología abdominal ya sea traumática, infecciosa, ulcerosa, obstructiva o neoplásica. La peritonitis posquirúrgica es una causa frecuente en cirugía de mucha gravedad. Generalmente son polimicrobianas.
- **Peritonitis Aguda.** - Aquí tenemos a la mayoría de las peritonitis secundarias que producen procesos como su nombre lo dice, agudos: Infecciosos, perforación de víscera hueca, estrangulación o infarto intestinal que se producen en un tiempo corto y evolución rápida.



- **Peritonitis Crónicas.** - Patologías peritoneales que inflaman el peritoneo, pero cuyo cuadro clínico demora en su forma de presentación, ejemplo típico de ello es la peritonitis crónica tuberculosa, actinomicosis, granulomatosa por cuerpos extraños, etc. (Huamán, 2008).

#### 1.2.4. Diagnóstico

Se debe contar con tres elementos fundamentales:

- Dolor abdominal.
- La contractura muscular.
- Los signos y síntomas de repercusión tóxica infecciosa.

Es importante recordar que los signos físicos son más valiosos que la historia clínica en algunos casos.

Así tenemos que el diagnóstico se realiza mediante:

- Historia clínica exhaustiva.
- Exploración física minuciosa.
- Exámenes complementarios necesarios
- Procedimientos diagnósticos más indicados (Huamán, 2008)

#### 1.2.5. Manifestaciones clínicas:

La sintomatología se puede dividir en local y de repercusión sistémica.

- **Dolor abdominal.** - Es el síntoma más importante y constante de los cuadros peritoneales. Puede ser súbito o gradual. Varía según el agente causal, en la peritonitis de causa química (pancreatitis) es muy intenso y en algunos casos el dolor es bastante sordo dependiendo de lo que esté irritando al peritoneo, por ejemplo: orina.
- **Náuseas y Vómitos.** - Pueden existir o no dependiendo de la causa y si el paciente ha ingerido o no líquidos o alimentos. Al inicio son por acto reflejo luego son tóxicos por el íleo paralítico.
- **Trastornos de la Evacuación Intestinal.** - Puede coexistir diarrea o estreñimiento.

- **Anorexia.**

- **Sed.**

- **Signos Físicos:**

Los pacientes con cuadros peritoneales en el examen general pueden presentar:

- a) **Apariencia general o aspecto.** - El paciente generalmente se encuentra demacrado, postrado, inmóvil por el dolor con las piernas flexionadas en posición de gatillo o mahometana por el dolor.
- b) **Shock.** - Signos de falla de perfusión tisular con hipotensión, presión Venosa Central disminuida, volumen urinario disminuido, hematocrito disminuido y presencia de ácido láctico aumentado y bicarbonato disminuido (acidosis metabólica).
- c) **Temperatura.** - Puede ser muy variable, al principio puede ser normal con tendencia a elevarse.
- d) **Pulso.** - Frecuencia cardíaca aumentada, taquicardia, al principio lleno y saltón, luego débil y rápido cuando el proceso continúa.
- e) **Respiraciones.** - Pueden ser rápidas y superficiales (Taquipnea). De tipo Torácico por inmovilidad de los músculos abdominales y del diafragma.
- f) **Apariencia de la Lengua.** - Saburral y húmeda al principio y luego seca y acartonada.
- g) **Ictericia** (Huamán, 2018).

#### 1.2.7. **Tratamiento:**

La clave del tratamiento de la peritonitis es la prevención. Es posible evitar el comienzo de una peritonitis aguda secundaria realizando una cirugía a tiempo y en forma depurada.

Así tenemos que la prevención de la peritonitis secundaria consiste en:

- 1) Diagnóstico temprano de las lesiones causales.
- 2) Evaluación del riesgo de que se produzca una peritonitis.

3) Eliminación temprana de las causas probables.

4) Cirugía reparadora.

Existen algunos casos en donde el tratamiento definitivo no es sinónimo de intervención quirúrgica inmediata, como pueden ser los casos de:

- Plastrón Apendicular No complicado, en donde la clínica es de una tumoración localizada en fosa iliaca derecha sin dolor, sin cuadro de obstrucción o fiebre.
- Peritonitis gonocócica, generalmente de infección ascendente en las mujeres que se comporta como una pelviperitonitis.
- Peritonitis primaria en niños, cirróticos, etc.
- Peritonitis en pacientes moribundos, etc.

En cambio, en el resto de causales de peritonitis secundarias la intervención quirúrgica es lo ideal, que generalmente es lo más tempranamente posible dedicando el tiempo previo al mejoramiento de las condiciones del paciente.

#### **Medidas Específicas:**

- . Eliminación del foco séptico.
- . Aspiración del contenido peritoneal infectado.
- . Drenaje del foco infeccioso (absceso) o del peritoneo (peritonitis).

Para ello la técnica quirúrgica se plantea cuidadosamente, eligiendo incisiones amplias generalmente verticales en casos peritoneales de adultos y transversas en niños por mejor exposición, cuidando siempre de proteger la pared del foco séptico sobre todo el celular subcutáneo, que es lo que más se contamina y produce los abscesos de pared tan frecuentes en el postoperatorio (Huamán, 2008).

La limpieza mecánica de cavidad, es una de las maniobras quirúrgicas más usadas para limpiar fondos de saco. Asimismo, el lavado de la cavidad peritoneal cuando existe una peritonitis generalizada.

En cuanto al manejo de la herida quirúrgica, esta se cierra si no se ha contaminado la pared, de lo contrario, como es lo más frecuente en casos de peritonitis sobre todo generalizadas, se cierra el peritoneo, la fascia y se deja el tejido celular subcutáneo y la piel abierta sobre los

que se aplica una gasa seca y con solución salina y se puede cerrar con mariposa de esparadrapo o steri-strip.

En general se debe establecer drenajes en los siguientes casos:

- Absceso localizado y se trata de una patología perforada con colección circundante (abscesos Apendicular, Hepático, Subfrénico, etc.).
- No se puede extirpar una víscera necrótica completamente: colecistectomía de Vesícula Gangrenada y Perforada, pancreatitis necrotizante, etc.
- Al realizar una sutura de una perforación del tubo digestivo u otra víscera hueca y el cierre no parezca seguro (Cierre primario en úlcera perforada o perforación intestinal en donde el tejido no esté en las mejores condiciones, cierre de rotura de vejiga intraperitoneal, etc.).
- Existe un lecho friable o seminecrótico luego de la extirpación de una víscera inflamada (Huamán, 2008).

### **1.3. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA II**

#### **1.3.1. Definición:** 1.3. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA II

La insuficiencia respiratoria aguda (IRA) se caracteriza por una severa variación en el trueque gaseoso pulmonar gracias a anormalidades en cualquier persona de los elementos del sistema respiratorio, que se traduce en hipoxemia con o sin hipercapnia.

Es la imposibilidad del sistema pulmonar de saciar las solicitudes metabólicas del organismo y se prueba por disminución de la PaO<sub>2</sub>50mmHg o las dos. Se denomina aguda pues tiene sitio de forma inmediata, en una época de tiempo de corta duración (Casas et al., 2008).

#### **1.3.2. Etiología y fisiopatología**

- Obstrucción aguda de las vías aéreas altas.

- Las patologías de las vías aéreas bajas, en las que exista una obstrucción de estas vías, ejemplificando, en la vida de mucosidad exuberante en una neumonía amplia, por un tromboembolismo pulmonar, crisis de asma, un neumotórax.
- Alteraciones del sistema nervioso central que perjudica el control de la ventilación, en la situación de ciertos medicamentos, intoxicaciones, traumatismos craneales severos, infecciones cerebrales, etcétera.
- Trauma a grado de la caja torácica
- Patologías cardíacas.

De acuerdo con el grado <sup>4</sup> anatómico se tiene las próximas razones:

- **Sistema Nervioso Central:** percance cerebrovascular, sobredosis de sedantes, traumatismo en céfalo craneano.
- **Sistema Nervioso Periférico:** Síndrome de Guillain Barré, porfiria.
- **Placa mioneural:** tétanos, miastenia gravis.
- **Músculos respiratorios:** Poliomielitis.
- **Caja torácica:** cirugía de tórax, trauma torácico.
- **Vías aéreas.** Asma, patología pulmonar obstructiva crónica (EPOC), obstrucción respiratoria alta.
- **Pulmones:** neumonía, fibrosis pulmonar, edema agudo.
- **Arteria pulmonar;** embolia pulmonar agudo.

### 1.3.3. Cuadro clínico

Signos e indicios involucrados con la patología de fondo, adicional a los involucrados a hipoxemia, hipercapnia y acidosis respiratoria.

### 1.3.4. Manifestaciones clínicas de la IRA:

GENERALES	CIRCULATORIAS	NEUROLOGICAS
-----------	---------------	--------------

Hipoxemia	taquicardia	Ansiedad
Disnea	Arritmia	Convulsiones
Taquipnea	Angina Pecho	Incoordinación motora
Uso músculos accesorios	Insuficiencia cardiaca	Cambios de personalidad
Hipercapnia	Hipertensión arterial	Coma
Disnea	Hipotensión arterial	Confusión
Taquipnea		sopor
Cianosis		Mioclonías,

Las respuestas clínicas presentes en la Irritación están sujetas a:

- El aumento en el trabajo respiratorio.
- Las características propias de la hipoxemia o hipercapnia.
- Las peculiaridades del compromiso pulmonar o multisistémico por la patología que origino. (Estrella Cazalla J., Tomero Molina A., et al, 2010).

### 1.3.5. Diagnóstico

Los síntomas y los resultados de las pruebas complementarias como la gasometría arterial, la radiografía de tórax, las pruebas de función respiratoria, el TAC, etc., determinarán el diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda.

#### Clasificación de tipos de Insuficiencia Respiratoria

Indicadores	TIPO 1	TIPO 2	MIXTA
PaO <sub>2</sub>	Menos de 60mmHg	Menos de 85mmHg	Menos 60mmHg
PaCO <sub>2</sub>	Normal o disminuido	mayor 50 mmHg	mayor 50 mmHg
GRADIENTE	Aumentada	Normal	Aumentada

A-a			
PH	Menor 7.35		

<sup>4</sup> Se describen otros tipos de insuficiencia respiratoria que por su trascendencia clínica y su mecanismo fisiopatológico se estima necesarios clasificarlos como un tipo separado:

**Tipo III o Perioperatoria**, en el cual se asocia un incremento del volumen crítico de cierre, alveolar, como pasa en el paciente anciano con una disminución de la capacidad fundamental (limitación de la extensión torácica por obesidad marcada, dolor, íleo, cirugía toraco – abdominal más grande, drogas, trastornos electrolíticos, etcétera..).

**Tipo IV o asociados a estados de shock o hipoperfusión** en los que existe una disminución de la entrega de oxígeno y disponibilidad de energía a los músculos respiratorios y un crecimiento en la sustracción tisular de oxígeno con una marcada reducción del PvCO<sub>2</sub>.

#### Diagnóstico diferencial

La Fúria debería marcar la diferencia de otras condiciones que tienen la posibilidad de manifestarse con un crecimiento en el trabajo respiratorio y sensación de complejidad respiratoria, en estas poseemos:

- Síndrome de hiperventilación crónica
- Acidosis metabólica severa.
- Anemia severa (Dires Cusco, 2010)

#### 1.3.6. Método

Los indicios de la insuficiencia respiratoria aguda pueden comenzar en pocas horas, por lo que el método además debe iniciarse lo antes posible. Administración de oxígeno suplementario, requieren velozmente la administración de procedimientos terapéuticos que permiten un aporte adicional de oxígeno, y en algunos casos requieren además la

administración temprana de soporte ventilatorio con el objeto de eludir la falla respiratoria irreversible por medio de la disminución de la carga a los músculos respiratorios. La postura que adopte el paciente debería ser semisedente (si el estado de conciencia lo permite) tratando de minimizar la carga impuesta por la gravedad al sistema muscular respiratorio y favoreciendo la excursión sin dependencia de la caja torácica, se debe mirar además el posicionamiento de la vía aérea superior para evitar cualquier obstrucción de tipo mecánico por flexión del cuello y excesiva extensión del mismo.

La iniciación de procedimientos de fisioterapia de tórax debe ser iniciada lo antes posible en los pacientes que cursan con un compromiso respiratorio confirmado (atelectasias, EPOC descompensado, neumonía etc.) y debe ser realizado por un terapeuta con suficiente entrenamiento en el área.

Soporte ventilatorio convencionalmente el paciente con insuficiencia respiratoria ha sido sometido de manera temprana a métodos invasivos para la administración de soporte ventilatorio, mejor dicho, intubación orotraqueal (Casas et al., 2008)

#### **1.3.7. Complicaciones:**

Dentro de las complicaciones de la insuficiencia respiratoria aguda tenemos:

- Infección nosocomial.
- Hemorragia digestiva alta.
- Tromboembolia pulmonar.
- Desnutrición.
- Intoxicación por oxígeno.
- Narcosis por PaCO<sub>2</sub> y coma metabólico.
- Descompensación hemodinámica.
- Asociados a la ventilación mecánica: Barotrauma, volutrauma, neumonía asociada a ventilación mecánica.



- Arritmias.

### 1.3. **MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON**

Virginia Henderson desplegó un modelo conceptual establecido por la corriente de incorporación y está integrado dentro del marco de necesidades cuyo motivo son las teorías de las necesidades y del desarrollo humano de A. Maslow, E.H. Erikson y J., Piaget (Díaz, 2019).

**A) Funcionalidad de enfermería:** se basa en atender al sujeto enfermo o sano en la ejecución de esas ocupaciones que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle males en la hora de su muerte), ocupaciones realizará por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Por igual corresponde a la enfermera llevar a cabo dicha tarea en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más veloz viable (Bonill y Amezcua, 2014), ayuda al paciente a continuar el proyecto de procedimiento en la manera indicada por el doctor y como integrante de un equipo multidisciplinario colabora en la organización y ejecución de un programa universal para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimiento en el momento del deceso (Castellares y Castro, 2018).

**B) El Modelo conceptual:** estima a el individuo como un ser integral, con elementos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al más alto desarrollo de su potencial. El ámbito es de naturaleza dinámica. El papel profesional es un servicio de ayuda y se orienta a reemplazar su soberanía o a terminar lo cual le falta por medio del desarrollo de fuerza, entendimiento o voluntad, así como ayudarle a fallecer dignamente. La salud es una cualidad de la vida, es elemental para el desempeño de las personas. La salud necesita libertad del individuo para saciar las necesidades primordiales.

El impulso de la salud es de mayor relevancia que el cuidado de la patología (Díaz, 2019).

**C) Recursos primordiales del modelo:** el propósito de los cuidados es auxiliar al enfermo a incrementar, conservar o recobrar el mayor grado de desarrollo de su potencial para conseguir su libertad o fallecer dignamente. El cliente del servicio es el individuo que muestra un déficit real o potencial en la satisfacción de las necesidades simples, o que aun sin presentarlo, tiene un potencial que desarrollar para mejorar su satisfacción. El papel profesional es reemplazar la soberanía del individuo (hacer por ella) o terminar lo cual le falta (hacer por ella) o terminar lo cual le falta (hacer con ella), y de esta forma hacer viable el más alto desarrollo de su potencial, por medio de la implementación de sus recursos interno y externo. La fuente de complejidad que en esta modalidad obtiene el nombre de zonas de dependencia: a) Los conocimientos se refieren a el caso de salud, como manejarla y a los recursos internos y externos accesibles, es decir, saber qué hacer y cómo realizarlo. De modo que la carencia de conocimientos se identifica como área de dependencia una vez que el individuo, teniendo la capacidad intelectual para entender, no ha adquirido los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados. b) La fuerza podría ser física e intelectual. En el primer caso, hablamos de los puntos involucrados con el (poder hacer) que incluye la fuerza y el tono muscular, la capacidad psicomotora. La fuerza psíquica tiene relación con la capacidad sensorial e intelectual, o sea, para procesar información y que le ayude a tomar elecciones. En los dos casos debería de tener potencial de desarrollo por medio de la participación de la enfermera. c) La voluntad involucra querer hacer las ocupaciones idóneas para recobrar, conservar o incrementar la libertad y comprometerse a hacerlas a lo largo de la época primordial. Para detectar como área de dependencia la voluntad, hace falta aseverarse de que el individuo sabe qué hacer, cómo y por qué realizarlo, y no obstante no posee la voluntad solicitada para tomar elecciones o

realizar actividades correctas para el cuidado (Hospital Txagorritxu, 2004).

**D. La mediación de enfermería:** el centro de mediación son las zonas de dependencia, o sea qué hacer y cómo (Conocimiento) poder hacer (Fuerza) o querer hacer (Voluntad). Los métodos de mediación: se dirigen a incrementar, terminar, reforzar o reemplazar la fuerza, el razonamiento o la voluntad, si bien no todos los métodos de participación son aplicables a cada una de las superficies de dependencia, ejemplificando, la voluntad puede reforzarse, empero no puede sustituirse.

Las secuelas de la mediación tienen la posibilidad de ser la satisfacción de las necesidades primordiales (bien sea supliendo su soberanía o ayudándole a incrementar, conservar o recobrar el más alto grado de desarrollo de su potencial) (Hospital Txagorritxu, 2004).

**E. Conceptos:** en este apartado se incluye la definición de las necesidades, los cuidados básicos, la libertad, la soberanía, el representante de la soberanía asistida, los datos de dependencia y los datos que tienen que considerarse. Las necesidades humanas, se infiere que para ella el término de necesidad no muestra el sentido de carencia, sino de requisito. Todas las 14 necesidades constituye el factor integrador de puntos físicos, sociales, psicológicos y espirituales. Las necesidades primordiales que la enfermera trata de saciar hay independientemente del diagnóstico doctor. En más grande proporción influyen en los cuidados del paciente indicios o síndromes como por ejemplo el coma, delirio, depresión, shock, hemorragias, inviabilidad motora, la marcada variación de líquido en el organismo o la ausencia aguda de oxígeno. De forma particular perjudica a los cuidados la edad, situación social, la formación cultural, el estado emocional y las habilidades físicas e intelectuales de el individuo. Todos dichos componentes se debe tenerlos presente para decidir qué fuentes de complejidad tiene el paciente para cubrir sus necesidades (Hospital Txagorritxu, 2004).

## **LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON:**

- 1.- Respirar comúnmente.
- 2.- Alimentarse e hidratarse.
- 3.- Borrar por cada una de las vías corporales.
- 4.- Desplazarse y conservar posturas correctas.
- 5.- Descansar y dormir.
- 6.- Elegir ropa correcta, vestirse y desvestirse.
- 7.- Conservar la temperatura del cuerpo.
- 8.- Conservar la limpieza y la totalidad de la dermis.
- 9.- Evadir riesgos del medio ambiente y lesionar a otras personas.
- 10.- Comunicarse con los otros para manifestar emociones, temores...
- 11.- Vivir según con los propios valores.
- 12.- Ocuparse en algo que su tarea tenga un sentido de ejecución personal.
- 13.- Participar en ocupaciones recreativas.
- 14.- Aprender, encontrar o saciar la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud regular (Hospital Txagorritxu, 2004)

### **1.5. INTERACCIÓN ENTRE EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON Y EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.**

El proceso de atención de enfermería es un procedimiento sistemático de prestar cuidados enfermeros. Su trabajo ha de estar guiado por el modelo conceptual que en esta situación es el de Virginia Henderson.

**1.5.1. Valoración:** la valoración orienta sobre los datos fines y subjetivos que debería recogerse y sobre la manera de organización y categorización, definido en cada caso cuales son importantes y apuntan a la existencia de un problema propio y los que señalan la viable realidad de un problema que debería ser tratado por otro profesional.

**1.5.2. Diagnóstico enfermero:** el diagnóstico otorga los criterios necesarios para dictaminar si hay o no, desviación de las reglas esperadas. Si la contestación es negativa, acaba la mediación enfermera, si es afirmativa, posibilita examinar las claves, hacer inferencias, interpretarlas, enunciar premisa, validarlas, y formularlas. Se explica el problema, la causa o razones por medio de la fórmula "relacionado con" (r/c) y según los datos fines "manifestado por" (m/p). Se usan las categorías de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) DE 1990. El modelo de V. Henderson establece inconvenientes involucrados con la soberanía e inconvenientes involucrados con libertad Inconvenientes con interacción a la soberanía reflejan una falta total o parcial de la capacidad física o intelectual del cliente para hacer por sí mismo las actividades apropiadas que cubran sus necesidades primordiales, así como la falta de un cuidador. La carencia de capacidad podría ser gracias a la edad, o por pérdida temporal gracias a una patología. La enfermería tiene una funcionalidad de suplencia o ayuda para cubrir las necesidades del cliente.

#### **Tipologías de Diagnósticos de Enfermería:**

- **Diagnósticos reales**, identifica situaciones en la que el cliente ha perdido o no alcanzó el grado óptimo de desarrollo de su potencial para poder hacer la libertad en la satisfacción de las necesidades simples. Hay componentes causales originales por una o más superficies de dependencia.
- **Diagnóstico de peligro.** Identifica situaciones en las que el cliente está a punto de perder su libertad. No hay protestas de dependencia, empero permanecen a punto de aparecer en un futuro por la existencia de componentes involucrados.
- **Diagnóstico de salud.** El cliente puede incrementar el grado de desarrollo de su potencial, muestra conductas idóneas, sin embargo, puede y desea mejorarlas.

- **Inconvenientes de participación. Son esos inconvenientes de salud reales o potenciales.** Se llaman inconvenientes interdependientes o complicaciones potenciales en los cuales el cliente necesita que la enfermera haga por él las ocupaciones de procedimiento y control prescritas por el doctor. Es dependiente primordialmente de la enfermedad del paciente, de la aplicación del procedimiento doctor y del control de la contestación a este, así como, de la evolución del caso patológica. La enfermería es plenamente responsable de su actuación, aunque la responsabilidad del resultado final recaerá sobre el doctor. Para nombrar estas situaciones se necesita usar la tecnología médica que explica las alteraciones del homeostasis biológica. Puede tratarse de inconvenientes ya existentes o reales (PI) o tienen la posibilidad de mencionar a complicaciones potenciales (CP) para indicar que el problema todavía no existe y se debe observar o prevenir si es viable.

**1.5.3. Organización:** Se basa en el establecimiento de prioridades y la identificación de las metas que se han de lograr y la actuación más correcta para lograrlos. Al formular fines se debe diferenciar entre los inconvenientes de participación donde la enfermera no es la exclusiva responsable y se han de formular en identificar signos y indicios e instaurar medidas preventivas. Las metas de los diagnósticos enfermeros son los que guían la actuación enfermera y tienen que estar formulados en términos del cliente y no de la enfermera. Hay fines para los diagnósticos de peligro, para los reales y para los de salud. Tienen que tener individuo, verbo, tiempo, modo y media. Para los inconvenientes con interacción a la soberanía se identifica la capacidad del paciente y está establecido el apoyo elemental, se implicará al cliente en el tamaño de lo viable en sus cuidados. Si el paciente no posee soberanía se establece quién es el individuo que desempeñará el papel de mánager de soberanía asistida y si un familiar, la enfermera se asegurará que tiene los conocimientos necesarios para realizar las ocupaciones requeridas y si no tiene conocimientos ni capacidades se planificarán intervenciones para desarrollar habilidades.

1.5.4. **Realización:** Es la puesta en práctica del proyecto de cuidados y donde la enfermería presta sus servicios. Consta de preparación, ejecución y registro de la actuación y resultados. Debería ofrecer todo el protagonismo a el individuo familia en la toma de elecciones y su colaboración en los cuidados. El modelo adoptado afecta en las intervenciones seleccionadas y en la manera de realizar las ocupaciones planificadas en la fase anterior.

1.5.5. **Evaluación:** Se establece la efectividad de la participación enfermera en términos de logro de las metas propuestas. Consta de valoración del caso presente del cliente, comparación de las metas y emisión de un juicio para conservar, cambiar o finalizar el proyecto de cuidados. Al igual que sucedía en la fase de valoración, a lo largo de la evaluación, el modelo adoptado, dicta los datos fines y subjetivos necesarios para apreciar el estado de salud del individuo en contestación a la actuación enfermera, y posibilita establecer el nivel de consecución de fines propuestos con la intención de decidir, la actuación que debería seguirse (Hospital Txagorritxu, 2004).

## CAPÍTULO II

### JUICIO DE ENFERMERIA

#### I.- VALORACIÓN:

**a) Datos generales**

Nombre y Apellidos : D.L.A  
Sexo : Varón  
Edad : 54 años  
Estado Civil : Casado  
Procedencia : Huarí  
Ocupación : Agricultor  
Nº de cama : A  
Fecha de Ingreso : 09/02/2022  
Fecha de Nacimiento : 14/02/1965  
Raza : Mestizo  
Historia clínica : 386877  
Idioma : Castellano/quechua  
Religión : católica  
Motivo de Ingreso : Síndrome doloroso abdominal por  
apendicitis  
complicada más IRA Tipo II

Fecha de Recolección de datos: 12/02/2022

**Antecedentes biológicos**

- Apetito: disminuido
- Sueño: disminuido
- Sed: aumentado
- Orina: normal
- Deposiciones: ausente

**Antecedentes personales**



- No presenta ninguno

**Antecedentes quirúrgicos**

- No presenta ninguno

**Antecedentes familiares**

- No presenta ninguno

**Diagnóstico médico**

- Shock séptico (foco abdominal) por peritonitis generalizada
- Insuficiencia Respiratoria tipo II
- Post-operado de laparotomía exploratoria HACE 03 días

**SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

Durante la entrevista con la familia la esposa manifiesta preocupación y sentirse sola por la separación física de su pareja y desconocimiento del proceso patológico del paciente, pero confía en los profesionales de la salud de UCI que pronto solucionarían su problema de salud de su esposo.

Paciente adulto de sexo masculino, natural de la provincia de Huari se le encuentra postrado en la cama "A" de la UCI del Hospital "VRG" Huaraz, con el diagnóstico de Shock séptico (pp abdominal) más Insuficiencia Respiratoria Aguda II, según reporte del turno anterior paciente conserva cierta sincronía con el ventilador mecánico, pero por momentos con agitación psicomotriz, se encuentra bajos efectos de sedo analgesia escala de valoración RASS (-3), se encuentra en su tercer día de hospitalización: A la entrevista se observa al paciente con piel caliente y mucosa oral seca se encuentra intubado ventilando a través del ventilador con TET N°8 fijado a 22cm de comisura labial derecha programado de modo ventilatorio Asistido Controlado por Volumen con los siguientes parámetros ventilatorios: FIO<sub>2</sub>=0,55%, fr=22´X´, Vt=450ml, PEEP=5, FM=30 T.I=1,2, S=2, en el cual se evidencia la salida de secreciones bronquiales, a la auscultación hay roncales y sibilantes en bases de ambos campos pulmonares, además presenta sonda nasogástrica a

gravedad drenando secreción verdosa biliosa, en región cervical, se observa la inserción de Cánula Venoso Central a nivel de yugular interna por donde se infunde continuamente solución de nutrición Parenteral total (3:1), y también otro Catéter Venoso Central en región sub-clavia derecha por donde recibe solución inotrópica, sedo analgesia y otras soluciones también en forma continua. Se evidencia ritmo sinusal presente con leve alteración en el incremento de la frecuencia cardiaca. A nivel del abdomen se le observa globuloso ligeramente distendido, con presencia de herida operatoria a nivel infraumbilical cubierta con apósitos manchados con secreción serohemática la cual no ha sido cerrada. Presenta solo puntos de contención con rafia hasta tejido aponeurótico con fines de lavado peritoneal, a la auscultación los ruidos intestinales se encuentran disminuidos, observamos también la presencia de dren laminar drenando secreción serohemática al paciente se encuentra con frialdad de extremidades y edema con signos de fóvea ++/+++ (edema moderado). Además, con catéter urinario a circuito cerrado evidenciándose débito urinario disminuido en volumen, colúrica, denso, con un filtrado renal que alcanza 0,3cc/Kgh. Paciente no presenta úlcera por presión y sus funciones vitales son:

PA=110/78 con soporte de vasopresor, FC=104'X, FR=22'X', T°38.5°C, SO2=88% con FIO2=55%.

#### **TRATAMIENTO MEDICO:**

- Alitraq 600cc en 20 horas
- NPT 66cc/h
- C1Na9% x 1000cc + K(l) a 60cc/h
- Noradrenalina 8mg+Dext. 5% dosis tituable
- Midazolam 100m +SF RASS (-4)
- Fentanilo 1g +SF dosis tituable
- Piperaciclina + Tazobactam 4.5 gr. 1 amp EV. c/8hrs
- Metronidazol 500me E.V C/8hrs.
- Metoclopramida 10 mg EV c/ 8 hrs
- Omeprazol 40mg 50mg EV c/24 horas.
- Lactulosa 15 cc VO c/ 24 hrs.

- Gluconato de calcio 1amp EV c/ 8 hrs
- Sulfato de magnesio 1amp EV c/ 12hrs
- Metamizol 1gr. EV cond a T°<38°C
- Reto de Fluidos con Clna 9‰ para PVC 12cm H2O
- Ventilación mecánica en destete
- Gluconato de potasio 1 tab. VO c/ 24 hrs
- Hgt c/4 horas
- Hidrocortisona 100mg c/8horas.
- Ventilación Mecánica

#### EXÁMENES DE LABORATORIO

Ab.%	Seg%	Eo%	Bas %	Mon%	Lin%
3	69	1	0	2	25

- Hemograma:

ASPECTOS EVALUADOS	VALORES EN EL PACIENTE	VALORES NORMALES
Hematíes	4" 290000 mm <sup>2</sup>	5,500000mm <sup>2</sup>
Leucocitos	6900 mm <sup>2</sup>	7,500mm <sup>2</sup>
Plaquetas:	320.000mm <sup>3</sup>	1 50.000-450.000mm <sup>3</sup>
Neutrófilos:	72%	50-60%
Hematocrito:	34 %	37-48%
Hemoglobina	10.60 g/dl	13-16 g/dl
PCR	positivo (+)	negativo

VSG (velocidad de sedimentación globular)	12mm/h	1-13 mm/h
RI (reacción inflamatoria)	positivo(+)	negativo

- **Examen de orina**

**Examen físico**

Volumen	50 cc
Densidad	10.20
Aspecto	Turbio
Color	Amarillo
Reacción	Alcalina
Olor	Sui generis

**Bioquímica**

Albúmina	: negativo
Glucosa	: negativo
Hemoglobina	: negativo
Pig. Biliares	: negativo
Urobilina	: negativo
C. cetónicos	: negativo
Nitritos	: negativo

**Sedimento**

Leucocitos	30 a 28 x campo
Hematíes	20 a 25 x campo
Cel. Epiteliales	18 a 26 x campo
Cristales	negativo
Gérmenes	+2
Piocitos	+1

Cilindros	-----
-----------	-------

Interpretación: Se confirma infección urinaria:

- **Bioquímica**

ASPECTOS EVALUADOS	VALORES EN EL PACIENTE	VALORES NORMALES
Glucosa	198mg/dl	70-110mg/dl
Urea	42mg/dl	15-40 mg/dl
Creatinina	1.29mg/dl	0.60-1.30 mg/dl
Proteínas totales	3.1 gr/dl	6.6-8.3gr/dl
Albúmina	1.8 gr/dl	3.3-5.0 gr/dl
Globulina	2.0 gr/dl	2.3-3.4gr/dl
Bilirrubina total	1.5 mg/dl	0.10-1.mg/dl
Bilirrubina directa:	0.2 mg/dl	0.10-10mg/dl
bilirrubina indirecta	0.9 mg/dl	0.10mg/dl

- **Gases Arteriales**

ASPECTOS EVALUADOS	VALORES EN EL PACIENTE	VALORES NORMALES
PH	7.32	7.35 a 7.45
P02	66 mm Hg	80-100 mmHg
PCO2	49 mm Hg	35-45 m mHg
HCO3	21 m Eq/l	22-26 mEq/L
SODIO	169 m Eq/l	138—146 mEq/L
POTASIO	2.5 m Eq/l	3.5 — 4.9 mEq/L
COLORO	93 m Eq/l	96-106 mEq/L

**Interpretación:** Beneficiario encajo en Acidosis Respiratoria con valores de PH disminuida, PCO2 elevado, HCO3 normal, PO2 disminuido. Además, el usuario presenta hiponatremia e hipocalcemia.

## EXAMEN FÍSICO

- **Piel:** En adecuado estado de higiene, elástica, diaforética, piel caliente y turgencia conservada, llenado capilar menor a 2 segundos y mucosa oral semihidratadas.
- **Cabeza:** Normocéfalo, adecuada implantación de cabello, ausencia de lesiones, sin presencia de ganglios inflamados, tumoraciones ni seborrea.
  - ✓ **Ojos:** Foto reactivas a la luz con pupilas isocóricas, escleras blancas normales.
  - ✓ **Cejas:** Semi-pobladas, simétricos
  - ✓ **Orejas:** A nivel de los ojos, simétricos, con buen estado de higiene.
  - ✓ **Cara:** Aspecto conservado.
  - ✓ **Nariz:** Fosas nasales permeables, sin presencia de secreciones, ni lesiones, presencia de sonda nasogástrica para alimentación.
  - ✓ **Boca:** mucosas semi-húmedas, presencia de tubo endotraqueal con abundantes secreciones.
- **Cuello:** Simétrico, móvil, sin presencia de nódulos, no ingurgitación yugular. Se palpa la tráquea móvil sin dolor. Se observa inserción de catéter venoso central en región subclavia derecha
- **Tórax:** Simétrico, sin dolor a la palpación, a la auscultación presenta ronquidos y sibilancias diseminados en bases de ambos campos pulmonares, no soplos.

- **Abdomen:** Distendido, presencia de herida operatoria abierta por intervención quirúrgica con cierto dolor a la palpación. A la auscultación hay disminución de ruidos hidroaéreos.
- **Miembros superiores:** Simétricos, presencia de edemas, disminución de fuerza muscular.
- **Aparato genitourinario:** En regular estado de higiene, presencia de líquido en testículos, presenta sonda Foley con presencia de diuresis de aspecto turbio color amarillo aprox. 100cc.

**Funciones vitales:**

<b>SIGNOS VITALES</b>	<b>VALORES NORMALES</b>	<b>VALORES DEL PACIENTE</b>
<b>Frecuencia Cardíaca</b>	<b>60-80 x mm</b>	<b>104 por min.</b>
Presión arterial	120/80 mmHg	110/78mmhg
Frecuencia Respiratoria	12 - 20 x min	22x min
Temperatura	36.5 - 37.3 °C (axilar)	38.5 O C (axilar)
SatO2	90 - 100%	88%

**INTERPRETACIÓN:** La temperatura se encuentra elevada, se acompaña de taquicardia y desaturando.

**b) VALORACIÓN Y AGRUPACIÓN POR DOMINIOS**

**DOMINIO I: PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Ausencia de datos demostrativos.

**DOMINIO II: NUTRICIÓN**

Paciente que está con variación del sensorio con disminución de reflejos e incapacidad de alimentarse obtiene una ingesta de alimentos por vía sonda nasogástrica con dieta enteral Alitraq, aporte de nutrientes insuficientes por su estado hipercatabólico, se observa edemas en extremidades y con

hipoproteinemia y mucosas orales secas. Los análisis de laboratorio se obtienen los próximos resultados: Hemoglobina 10.6 g/dl, Proteínas totales en 3,1gr/dl, Albúmina 1,8 gr/dl, globulina 2,0 gr/dl y la bilirrubina total en 1,5mg/dl con predominio de la indirecta; además valores de electrolitos alterados como el Na en 169 meq/lt y el K en 2,5meq/lt, valores de Glucosa 198 mg/dl. Paciente obtiene Nutrición Parenteral Total (NPT) a 66cc/h.

<b>DATOS SIGNIFICATIVOS</b>	<b>CLASE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Presentación de TET.</li> <li>● Disminución de reflejos de deglución.</li> <li>● Presencia de sonda nasogástrica para alimentación.</li> </ul>	<p><b>Clase 1:</b> Ingestión</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hemoglobina 10,6 g / dl.</li> <li>● Proteínas Totales 3,1 gr/dl</li> <li>● Albúmina 1,8 gr/dl</li> <li>● Globulina 2,0 gr/dl</li> <li>● Glucosa 198 mg/dl.</li> <li>● NPT Total por Catéter Central.</li> </ul>	<p><b>Clase 4:</b> Metabolismo.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Edemas</li> <li>● Oliguria</li> <li>● Disnea</li> <li>● Na 169 meq/lt</li> <li>● K2,5meq/lt.</li> <li>● Mucosas orales secas</li> </ul>	<p><b>Clase 5:</b> Hidratación</p>

### **DOMINIO III: ELIMINACIÓN/INTERCAMBIO**

Paciente con vía aérea artificial con ventilación mecánica con Acidosis respiratoria, además en la función urinaria encontramos oliguria, infección y presencia Foley. Con respecto a la evaluación gastrointestinal no hay buena



absorción de la dieta presentándose distensión abdominal y altos residuos gástricos. En los resultados de AGA se obtuvo lo siguiente: pH 7.32, PCO<sub>2</sub> 49 mmHg, PO<sub>2</sub> 66 mmHg, saturación de oxígeno 88 % con soporte ventilatorio Fio<sub>2</sub>= 55%, HCO<sub>3</sub> 21 meq/L, los datos de laboratorio urinarios encontramos creatinina incrementada = 1.29mg/dl. BUN = 45mg/dl y urea=42mg (dl).

<b>DATOS SIGNIFICATIVOS</b>	<b>CLASE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Presencia de Infección de tracto urinario.</li> <li>● Presencia de sonda Foley</li> <li>● Creatinina 1,29 mg/dl.</li> <li>● Oliguria</li> <li>● BUN = 45mg/dl</li> <li>● Urea=42mg/dl</li> </ul>	<p><b>Clase 1:</b> Función urinaria.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Distensión abdominal.</li> <li>● Residuo gástrico alto</li> <li>● Ruidos intestinales disminuidos</li> </ul>	<p><b>Clase 2:</b> Gastrointestinal.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Asistencia respiratoria mecánica</li> <li>● Saturación de Oxígeno 88%.</li> <li>● Valores de AGA: pH 7.32 0, PCO<sub>2</sub> 49 mmHg, P<sub>O2</sub> 66 mmHg, saturación de oxígeno 92 %, HCO<sub>3</sub>-3 21 meq/L.</li> <li>● Acidosis respiratoria.</li> <li>● Requiere aspiración de secreciones continuas</li> </ul>	<p><b>Clase 4:</b> Función Respiratoria.</p>

**DOMINIO IV: ACTIVIDAD/REPOSO**

Paciente con grado de dependencia V (soporte total para suplir sus necesidades fisiológicas), fuerza muscular disminuida, bajo efectos de sedo-analgésia, postrado en cama. Asimismo, presenta una P.A: 110/78 mmHg, con soporte de vasopresor, frecuencia cardiaca: 104 x', frecuencia respiratoria: 22x' programada en el ventilador, presenta murmullo vesicular disminuido con roncales y sibilantes en bases de ambos campos

pulmonares, presenta acumulo de secreciones y requiere aspiraciones continuas por vía respiratoria artificial. Se encuentra recibiendo oxigenoterapia de alto flujo con V.M, que suple la función respiratoria  $F_{io} = 55\%$ . En cuanto a la PVC esta baja en 6cm de H<sub>2</sub>O, con mucosas secas.

<b>DATOS SIGNIFICATIVOS</b>	<b>CLASE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Frecuencia cardiaca: 104 x'.</li> <li>● P.A: 110/78 mmHg con soporte inotrópico.</li> <li>● PVC = 6 cm de H<sub>2</sub>O.</li> <li>● Roncantes y sibilantes en bases de ambos campos pulmonares.</li> <li>● Edema de extremidades</li> <li>● Oliguria.</li> </ul>	<p><b>Clase 4:</b> Respuesta Cardiovasculares/ pulmonares</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Grado de dependencia V (depende del personal para suplir todas sus necesidades fisiológicas).</li> </ul>	<p><b>Clase 5:</b> Gastrointestinal.</p>

#### **DOMINIO V: PERCEPCIÓN/COGNICIÓN**

Paciente presentaba alteración de nivel de conciencia con dificultad respiratoria intubado por lo que no se pueden obtener datos significativos

#### **DOMINIO VI: AUTOOPERCEPCIÓN**

Ausencia de información explicativos.

#### **DOMIMIO VII: ROL/RELACIÓN**

Durante la recolección de datos no se encontraron alteraciones en cuanto a la relación entre la familia (esposa) e hijos que mostraban mucho interés y visitaban a su familiar.

#### **DOMINIO VIII: SEXUALIDAD**

No se hallan testimonios característicos.

#### **DOMINIO IX: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS**

Al identificar la adaptación de la familia (esposa) a la nueva situación de salud, así como la efectividad y estrategias individuales de enfrentamiento se observa que no son las adecuadas porque la esposa del paciente refiere sentirse muy mal desde que se encuentra separada de su pareja.

<b>DATOS SIGNIFICATIVOS</b>	<b>CLASE</b>
Familiar refiere que "La veo que empeora" Familiar verbaliza sentirse muy mal al estar alejado de su pareja.	<b>Clase 2:</b> Respuestas de Afrontamiento

#### **DOMINIO X: PRINCIPIOS VITALES**

Según los datos el Documento Clínico el paciente profesa la religión católica, no hay más datos.

#### **DOMINIO XI: SEGURIDAD Y PROTECCIÓN**

Paciente adulto presenta dos Catéter Venoso Central uno en región subclavia derecha y el otro en la región yugular interna derecha, se evidencia piel caliente edematizada. Asimismo, presenta herida quirúrgica a nivel abdominal con puntos de contención se observa apósitos hemáticos. Presenta acumulo y dificultad para eliminar secreciones (disminución del reflejo tusígeno) con claro riesgo de aspiración además el murmullo vesicular está bastante disminuido en base de ambos campos pulmonares en la auscultación se evidencia roncales y sibilantes.

Además, el paciente cursa con hipertermia intermitente y como todo paciente de UCI con múltiples procedimientos invasivos.

<b>DATOS SIGNIFICATIVOS</b>	<b>CLASE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Presenta acúmulo y dificultad para eliminar secreciones.</li> <li>● Presencia de roncales y sibilantes.</li> <li>● Murmullo vesicular disminuido en bases pulmonares.</li> </ul>	<b>Clase 1:</b> Infección.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anemia Hb= 10,6gr/dl</li> <li>• Desnutrición (Hipoproteinemia)</li> <li>• Procedimientos invasivos</li> <li>• Leucocitosis 16,900</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgo de aspiración</li> <li>• Presencia de TET con secreciones</li> <li>• Herida quirúrgica abierta en abdomen (Con sutura hasta Aponeurosis)</li> <li>• Catéter Venoso Central.</li> <li>• Edema en extremidades.</li> <li>• Apósitos manchados que cubren el dren laminar.</li> </ul>	<p><b>Clase 2:</b> Lesión Física.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temperatura Corporal 38.5°C</li> <li>• Diaforesis</li> <li>• Piel caliente</li> <li>• Taquicardia (104x')</li> </ul>	<p><b>Clase 4:</b> Temorregulación.</p>

## DOMINIO XII: CONFORT

Paciente adulto que presenta manifestaciones faciales de dolor, además Taquicardia e irritabilidad.

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fascias y gesticulación de dolor del paciente.</li> <li>• Taquicardia (104x')</li> <li>• Irritabilidad</li> </ul>	<p><b>Clase 1:</b> Confort Físico.</p>

## DOMINIO XIII: CRECIMIENTO Y DESARROLLO

No se descubren datos explicativos.

### c) CUADRO DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

DATOS	CONFRONTACIÓN	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS
<p><b>Dominio II:</b></p> <p><b>NUTRICION</b></p> <p><b>Clase 1:</b></p> <p><b>Ingestión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Presenta de TET.</li> <li>✓ Disminución de reflejos de deglución.</li> <li>✓ Presencia de sonda nasogástrica para alimentación.</li> </ul>	<p>La calidad de la Nutrición en el beneficiario en período crítico se da porque que los órganos transcendentales incrementan las necesidades celulares llevando muchas veces a estados de hiperglucemia con cierta intolerancia y requiriendo el uso de la insulina exógena y con un metabolismo de las grasas para compensar los requerimientos energéticos.</p>	<p>El adulto maduro con esta patología se convierte en un paciente en estado crítico que fisiopatológicamente va experimentar muchos cambios y alteraciones a nivel de diferentes sistemas del organismo siendo así suele ser muy importante la parte nutricional para darle un soporte para la reparación de tejidos y fortalecer el sistema inmune así mismo prevenir en la medida de las posibilidades la desnutrición y la translocación bacteriana.</p>

<p><b>Clase 4:</b></p> <p><b>Metabolismo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hemoglobina 10,6 g / dl.</li> <li>✓ Proteínas Totales 3,1 gr/dl</li> <li>✓ Albumina 1 8 gr/dl</li> <li>✓ Globulina 2 0 gr/dl</li> <li>✓ Glucosa 198 mg/dl</li> </ul>	<p>10 Las alteraciones metabólicas más importantes que caracterizan a la sepsis incluyen hipermetabolismo, hiperglicemia con resistencia a la insulina, lipólisis acelerada y catabolismo neto de proteínas. La combinación y de estas alteraciones metabólicas, el reposo en la cama, y la carencia de una terapia nutricional adecuada y sobre todo el hipercatabolismo puede llevar a una vertiginosa y rígida depleción muscular delgada por uso acelerado de las proteínas llevando a un estado de desnutrición y edema por la disminución de proteínas que comandan la presión oncótica incrementándose la presión hidrostática que permite la fuga de líquidos al espacio intersticial.</p>	<p>Este paciente debido al estado hipermetabólico especialmente de hipercatabólico acelera los procesos de gluconeogénesis con consumo acelerado de proteínas, se le observa muy adelgazado y según los resultados de laboratorio hipoproteinémico, además con edema marcado extremidades.</p> <p>En el caso del paciente podemos observar una alteración electrolítica que se tiene que corregir, en cuanto a la glicemia podemos apreciar que esta elevada requiriendo ser cuidadosamente monitoreada.</p> <p>Paciente recibe</p>
<p><b>Clase 5:</b></p> <p><b>Hidratación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Edema en miembros superiores e inferiores.</li> <li>✓ Oliguria</li> <li>✓ Na 169 meq/lt</li> <li>✓ K 2,5 meq/lt.</li> </ul>		

		continuamente Nutrición Parenteral Total para complementar requerimientos nutricionales.
<p><b>Dominio III:</b></p> <p><b>ELIMINACION E INTERCAMBIO</b></p> <p><b>Clase 1:</b></p> <p><b>Función urinaria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Presencia de Infección de tracto urinario.</li> <li>✓ Presencia de sonda Foley</li> <li>✓ Oliguria</li> <li>✓ Creatinina 1,9 mg/dl</li> </ul>	<p>La respuesta inflamatoria también produce una disminución del flujo arterial renal con activación del sistema renina angiotensina elevando los niveles de Angiotensina II y vasopresina, lo que favorece la vasoconstricción de los lechos renales. Entre las sustancias que desencadenan la respuesta inflamatoria encontramos productos bioquímicos de las bacterias gram negativas y gram positivas que se diseminan a nivel sanguíneo produciendo endotoxinas y exotoxinas que van a producir la respuesta en el huésped en cascada liberando gran cantidad de factores humorales y químicos en cadena. Por otro</p>	<p>Asimismo, era importante en el paciente tener en cuenta que el mantenimiento efectivo del sistema hemodinámico con presiones arteriales medias por encima de 65 mmHg con fluidos y vasopresores manteniendo el hematocrito por encima del 30% y evitar la hiperglucemia puede disminuir el riesgo de insuficiencia renal aguda. Para ello se requiere la colocación de sonda Foley para un</p>

	<p>lado, es importante verificar los niveles de concentración de nitrógeno ureico sanguíneo, así como la respuesta a la restitución de líquidos para prevenir la instalación de insuficiencia renal aguda. Es importante vigilar el gasto urinario: oliguria o anuria a horario.</p>	<p>control más estricto del débito urinario así como vigilancia del balance hídrico y el filtrado renal a horario, para el caso de nuestro paciente con disminución de débito urinario e infección urinaria para este último se requieren cultivos para determinar el germen causante para el tratamiento definitivo.</p>
<p><b>Clase 2:</b></p> <p><b>Función gastrointestinal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Vómitos.</li> <li>✓ Residuo gástrico alto</li> </ul>	<p>En cuanto a la función gastrointestinal es importante recordar que a consecuencia del bajo gasto cardiaco la circulación arterial mesentérica disminuye, por ello al valorar al paciente los ruidos intestinales están escasos o no están presentes, por lo que los intestinos se toman isquémicos y puede haber necrosis, es decir va ocasionar trastornos en el funcionamiento del espacio</p>	<p>También en el cuadro de shock pueden desencadenarse por la hipoperfusión la isquemia intestinal produciendo ileo y síndrome de malabsorción mantener un inadecuado estado nutricional lo cual ocurrió con el paciente porque presentó los</p>



	<p>intestinal como íleo paralítico y daño en la membrana mucosa que provoca la translocación de las bacterias desde el conducto digestivo a la sangre, y también hemorragias (gastropatía hemorrágica aguda y lesiones por estrés), Todo ello no permite la buena absorción de nutrientes vitales para la célula llevándonos a un cuadro de ileo paralítico traducido en residuos gástricos altos, náuseas y vómitos que se asocian a disfunción conduciendo a la desnutrición el cual disminuye las respuestas de reparación e inmunidad. Otro de los objetivos a lograr con la terapia nutricional en el paciente con sepsis y falla orgánica incluye la minimización de los efectos del ayuno con relación a la energía y substratos, la prevención de deficiencias de nutrientes específicos, y Todo ello no permite la buena absorción de nutrientes, y el soporte de la respuesta de la</p>	<p>residuos gástricos altos y disminución de la hemoglobina.</p>
--	---	--

	<p>fase aguda inflamatoria hasta lograr la salud del paciente y la resolución de la respuesta hipermetabólica, además de terapia para evitar el daño oxidativo celular. Por ello la enfermera debe conocer todas estas respuestas para actuar sobre ellas y prevenirlas</p>	
<p><b>Clase 4:</b></p> <p><b>Función Respiratoria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Asistencia respiratoria mecánica</li> <li>✓ Valores de AGA: PH 7.30 PCO2 39.9 mmH PO2.66 mmHg,</li> <li>✓ Saturación de oxígeno 92%</li> <li>✓ HCO-3 20,6 meq/L.</li> <li>✓ Acidosis respiratoria,</li> </ul> <p>Requiere aspiración de secreciones continuas</p>	<p>La función primordial del pulmón consiste en intercambiar gases entre el aire inspirado y la sangre venosa. Los pacientes con shock séptico por su estado de acidosis metabólica presentan Síndrome de Distrés Respiratorio del adulto severo e hipoxemia refractaria porque la sepsis provoca demandas extremas a los pulmones requiriendo volúmenes minutos altos hay vasoconstricción dificultando la eficacia de la musculatura respiratoria, casi el 85% requiere ventilación mecánica en tiempo prolongado desarrollando lesión pulmonar y en muchos de los casos hay edema pulmonar por aumento de la permeabilidad alveolo capilar. Varios estudios</p>	<p>Asimismo se observó cambios a nivel de conciencia llevando al paciente a la intubación endotraqueal imposibilitando de la misma manera las funciones digestivas normales en sus diferentes procesos porque requena soporte ventilatorio que en el caso del 1 paciente presentaba un AGA patológico clasificándose dentro de las IRA tipo 1 y más</p>

	<p>han determinado la utilidad del aspirado traqueal con medidas adecuadas de bioseguridad necesarias en la prevención de neumonías intrahospitalarias ya demás que permite asegurar la vía aérea del paciente para suplir con la ventilación mecánica una de las funciones más importantes para la vida como es la respiración. Producto de la hipoxemia se presenta una respiración acidótica con valores de un ph ácido menor de 7.32 y un P02&lt;60 el PCO2&gt; 45 el cual lo clasifica como un Insuficiencia respiratoria tipo 1.</p>	<p>aún con un cuadro de Acidosis Respiratoria. Paciente que a consecuencia de presentar una Insuficiencia Respiratoria Aguda, presenta un AGA: PH:7.30, PCO2: 39.9, HCO-3: 20, P02: 62, Sat.deO2: 92%. Existe presencia de acúmulo de secreciones pulmonares, presentado la presencia de murmullo vesicular disminuido en bases de ambos campos pulmonares, hay roncales y sibilantes en ambos campos pulmonares y disminución del reflejo tusígeno lo que está relacionado con la disminución de la función pulmonar como consecuencia de su problema patológico de fondo</p>
--	--	--

<p><b>Dominio IV:</b></p> <p><b>ACTIVIDAD/REPOSO</b></p> <p><b>Clase 4:</b></p> <p><b>Respuestas</b></p> <p><b>Cardiovasculares/pulmonares</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Frecuencia cardiaca: 104x'</li> <li>✓ P.A: 110/78 mmHg. con soporte inotrópico.</li> <li>✓ PVC=18cm de H2O</li> <li>✓ Edema</li> <li>✓ Roncantes y sibilantes en bases de ambos campos pulmonares.</li> <li>✓ Oliguria.</li> <li>✓ Ingurgitación de yugular.</li> </ul>	<p>La falta de actividad física (inmovilidad) afecta a todos los sistemas corporales y cuántas más partes del cuerpo se inmovilicen o más prolongada sea la inmovilización, más graves pueden ser los efectos. Las complicaciones que se asocian a la inmovilidad, repercuten en el pronóstico del paciente inmovilizado de forma más intensa, incluso, que la propia enfermedad subyacente. Estas complicaciones aparecen incluso tras periodos cortos de entrenamiento. Las más importantes son: atrofia muscular trastorno de equilibrio, hipotensión ortostática, trombosis venosa profunda, hipoventilación pulmonar, estreñimiento, retención urinaria, hipercalcemia, úlceras por decúbito, dermatitis, depresión, ansiedad, etc.</p>	<p>Paciente que por su estado de salud crítico requiere sedoanalgesia presentando limitación física para cumplir con sus necesidades básicas y fisiológicas esto implica que el paciente no podrá satisfacer sus necesidades de autocuidado y por ende permanece postrado en cama. Necesitará un soporte total de vida siendo paciente de dependencia V.</p>
<p><b>Clase 5:</b></p> <p><b>Autocuidado.</b></p>	<p>Para determinar el autocuidado de un paciente el personal de salud debe de tener en cuenta su etapa de vida, estado físico y</p>	<p>Paciente que por su estado de salud crítico requiere sedoanalgesia presentando limitación</p>

<p>✓ Grado de dependencia y (dependencia total del personal).</p>	<p>capacidad funcional y si el paciente tiene sedoanalgesia continua. En las personas que como consecuencia de alguna enfermedad se encuentran largos períodos de tiempo encamadas se producen problemas que originan que los músculos disminuyan en tamaño, fuerza, flexibilidad y resistencia a causa de la actividad física escasa; existen cambios que afectan de manera adversa la movilidad, que es la capacidad de moverse libre, fácil, rítmica e intencionalmente en el entorno, siendo una parte esencial de la vida.</p>	<p>física para cumplir con sus necesidades básicas y fisiológicas esto implica que el paciente no podrá satisfacer sus necesidades de autocuidado y por ende permanece postrado en cama. Necesitará un soporte total de vida siendo paciente de dependencia V.</p>
<p><b>Dominio XI:</b> <b>Seguridad/Protección</b> <b>Clase 1:</b> <b>Infección</b></p> <p>✓ Presenta acúmulo y dificultad para eliminar secreciones.</p>	<p>Para una buena salud, la higiene personal es muy importante para la comodidad, seguridad, bienestar y salud en general de la persona. Los factores que influyen en los hábitos higiénicos son: estado físico, que está determinado por enfermedades o trastornos, ciertos procedimientos y algunos dispositivos que pueden acortar, incapacitar o reducir la destreza de la persona usuaria. Para que</p>	<p>Existe presencia de acúmulo de secreciones pulmonares, presentado la presencia de murmullo vesicular disminuido en bases de ambos campos pulmonares, hay roncales y sibilantes en ambos campos pulmonares y disminución del</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Presencia de roncos y sibilantes.</li> </ul>	<p>debe enfatizar en aquella relacionada con la piel que es un</p>	<p>reflejo tusígeno lo que está relacionado con la</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Murmullo vesicular disminuido en bases pulmonares.</li> </ul>	<p>órgano activo que desempeña funciones de protección, secreción, excreción y regulación de la temperatura. Por otro lado la</p>	<p>disminución de la función pulmonar como consecuencia de su problema patológico de fondo</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Anemia Hb- 10,6gr/dl</li> </ul>	<p>higiene abarca el cuidado del pelo el cual es el término que se aplica a los apéndices filiformes</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Desnutrición (Hipoproteinemia )</li> </ul>	<p>de la piel que abundan en el cuero cabelludo; por la raíz el pelo recibe su nutrición de la sangre la cual distribuye a los tejidos de la piel.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Reposo absoluto y Procedimientos invasivos</li> </ul>	<p>Asimismo, la comodidad del paciente depende del estado de su unidad y cama, en particular si pasa en ella periodos prolongados. Por otro lado, las actividades de la vida diaria incluyen el autocuidado que debe ejecutarse cada día. El mantenimiento de un buen estado tanto de la persona como de su unidad es la mejor muestra de que se están desempeñando unos cuidados de calidad al paciente. Y esto concuerda con lo descrito en la: Teoría General del Autocuidado descrita por</p>	

	<p>Dorothea Orem, la cual trata de tres subteorías relacionadas: La teoría del déficit de autocuidado (explica que los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o sedación, relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención del profesional enfermero).</p> <p>Las infecciones y estados inflamatorios que causan la sepsis pueden afectar a diferentes órganos: la cavidad abdominal (p. ej. peritonitis, colangitis, pancreatitis aguda), el aparato urinario (pielonefritis), el aparato respiratorio (neumonía), el SNC (neuroinfecciones), el endocardio, los huesos y articulaciones, la piel y el tejido subcutáneo (heridas debidas a traumas, lesiones por presión y heridas postoperatorias), el aparato reproductor (infecciones del útero y de la placenta).</p>	
--	--	--

<p><b>Clase 2:</b></p> <p><b>Lesión Física</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Riesgo de aspiración</li> <li>✓ Presencia de TET con secreciones</li> <li>✓ Herida quirúrgica en abdomen (Con sutura hasta Aponeurosis)</li> <li>✓ Catéter Venoso Central.</li> <li>✓ Edema en extremidades.</li> <li>✓ Apósitos manchados que cubren dren laminar</li> </ul>	<p>Las respuestas termorreguladoras a la Sepsis puede inducir a un estado febril a la hipotermia o una combinación de ambos estas se han asociado al incremento del ácido nítrico sintetizado en todo en el organismo considerando a la hipotermia como un indicador de mal pronóstico. Es así que la fiebre actúa con un efecto neuroprotector produciendo los siguientes efectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) impedir el crecimiento de bacterias</li> <li>b) reducir la replicación viral</li> <li>c) mejorar la respuesta del hospedero, mediante el aumento de la actividad de infiltración de leucocitos y la activación de las células asesinas naturales</li> <li>d) activación de células T</li> <li>e) producción de citosinas por las células mononucleares.</li> </ul>	<p>Se observa que en nuestro paciente por motivos de postración prolongada y gravedad de su estado de salud presenta alto riesgo de lesión física por la presencia de dispositivos médicos invasivos y por la inmovilidad y edemas el riesgo de aparición de úlceras por presión que deberán ser evaluados según la escala de Norton y tomar las medidas preventivas, también tenemos que evaluar el estado de hidratación de la piel y planear una terapia de masajes y cambios posturales.</p>
---	--	--



<p><b>Clase 6:</b></p> <p><b>Termorregulación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Temperatura Corporal 38.5°C</li> <li>✓ Diaforesis</li> <li>✓ Piel caliente</li> <li>✓ Taquicardia (104x')</li> </ul>	<p>La fiebre también disminuye la afinidad de la hemoglobina por el oxígeno, lo que puede facilitar la distribución de oxígeno en los tejidos.</p> <p>Toda manifestación de una peritonitis infecciosa es el dolor, todo ello como punto de partida después del escape de microorganismos hacia la cavidad abdominal a partir de un órgano enfermo o traumatizado o roto el dolor es la principal manifestación clínica acompañado de náuseas y vómitos, fiebre todo ello dependiendo también del tipo y cantidad de material extraño</p>	<p>En el caso de nuestro paciente como parte del proceso de respuesta a la infección generalizada presenta picos febriles llevándolo a un estado de inestabilidad hemodinámica por su estado grave y lábil, con alteración en las funciones vitales como hipertensión arterial y también Taquicardia acompañándose en muchos momentos con desaturación.</p>

	<p>presente siendo algunos más intensos que otros. Estos pacientes generalmente luego de la segunda intervención quirúrgica terminan en ventilación mecánica y necesariamente por ello están bajo efectos de sedoanalgesia.</p>	
<p><b>Dominio XII:</b></p> <p><b>CONFORT</b></p> <p><b>Clase 1:</b></p> <p><b>Confort Físico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fascias y gesticulación de dolor del paciente.</li> <li>✓ Taquicardia (104x')</li> </ul>	<p>Por lo tanto, que importante resulta la valoración de dolor del paciente crítico quirúrgico con las Escalas de RASS, para mantenerlo en una escala de RASS de -4, para evitar manifestaciones de dolor por presencia de lesión física biológica y todos los trastornos fisiopatológicos propios del paciente con shock séptico.</p>	<p>En el caso de nuestro paciente presenta manifestaciones faciales de dolor porque al estar bajo efectos de sedoanalgesia no nos puede manifestar verbalmente, pero a través de las manifestaciones faciales y las constantes vitales donde se observaba ligera taquicardia en momentos de monitoreo podemos interpretar que eran manifestaciones de dolor que cedía cuando se titula especialmente lo que es su analgesia</p>

		con Fentanilo en infusión continua.
--	--	-------------------------------------

## II.- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

### a) FORMULACIÓN DE JUICIOS DE ENFERMERÍA (NANDA, 2018)

1. Desequilibrio Nutricional por defecto r/c incapacidad para ingerir y asimilar nutrientes e/p consumo menor a los requerimientos nutricionales, hipoproteinemia, hiperglicemia y NPT Total.
2. Desequilibrio Hidroelectrolítico r/c deterioro de componentes modificadores e/p hidropesía, disnea, oliguria y electrolitos alterados.
3. Deterioro del intercambio de gases r/c desequilibrio ventilación perfusión e/p AGA alterado (acidosis respiratoria), presencia de roncales y crepitantes
4. Motilidad gastrointestinal disfuncional r/c inmovilidad e hipoperfusión tisular e/p distensión abdominal, residuos gástricos altos, disminución de ruidos hidroaéreos.
5. Deterioro de la eliminación urinaria r/c disminución del flujo arterial nefrítico e/p oliguria, aumento de nitrógeno ureico, creatinina alta.
6. Disminución del gasto cardiaco r/c alteración antes de la carga e/p Taquicardia, edema, oliguria, PVC alterada.
7. Déficit de Autocuidado: baño higiene r/c deterioro de la movilidad e/p incapacidad de eliminación urinaria.
8. Ansiedad r/c amenaza de cambios importantes en el momento se salud de un familiar e/p verbalización de falta de control de la situación por separación física y empeoramiento de salud del paciente.
9. Limpieza ineficaz de vías aéreas r/c figura de acceso aérea artificial e/p acopio de mucosidades bronquiales, roncales en ambos campos pulmonares, murmullo vesicular disminuido en bases pulmonares.
10. Hipertermia r/c proceso infeccioso séptico e/c T° 38.5, e/p taquicardia, piel caliente.

11. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c paralización por uso de sedación continua y presencia de edemas.
12. Dolor agudo r/c agente lesivo biológico e/p manifestaciones faciales de dolor, taquicardia, irritabilidad.

**b) PRIORIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

1. Limpieza ineficaz de vías aéreas r/c figura de acceso aérea artificial e/p acopio de mucosidades bronquiales, roncales en ambos campos pulmonares, murmullo vesicular disminuido en bases pulmonares.
2. Desequilibrio de líquidos y electrolitos r/p deterioro de los mecanismos reguladores e/p hidropesía, oliguria, mucosa semisecas y electrolitos alterados.
3. Desequilibrio Nutricional por defecto r/c incapacidad para ingerir y asimilar nutrientes e/p consumo menor a los requerimientos nutricionales, hipoproteinemia, hiperglicemia y NPT Total.
4. Disminución del gasto cardiaco r/c alteración antes de la carga e/p Taquicardia, edema, oliguria, PVC alterada.
5. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/p paralización e/p uso de sedo-analgésia continua y presencia de edemas.
6. Ansiedad r/c amenaza de cambios importantes en el momento de salud de un familiar e/p verbalización de falta de control de la situación por separación física y empeoramiento de salud del paciente.

### III.- PLANEAMIENTO

#### 8 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

ESPECIALIDAD	SERVICIO	CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)					PUNTUACION DIANA		EVALUACION
		12 RESULTADO (S)	INDICADOR (ES)	ESCALAS DE MEDICION	MANTENER	AUMENTAR			
UCI CIRUGIA	UCI GENERAL								
<b>DOMINIO</b>	12. Confort	Resultado: Control del dolor (1605)	Uso de analgésicos (160505)	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	2	5	Paciente recibiendo infusión continúa de Fentanilo.		
CLASE:	1. Confort físico								
CODIGO DX:	00132								
DIAGNOSTICO	Dolor agudo								
RELACIONADO CON:	Agentes lesivos (biológicos)	Resultado: Nivel de comodidad (2100)	Control del dolor (2100008)	1 No satisfecho 2 Levemente satisfecho 3 Moderadamente Satisfecho 4 Sustancialmente satisfecho 5 Del todo satisfecho	1	4	Paciente sustancialmente satisfecho, queda con FC de 84 y PAM de 102 mmHg, no evidencia gestos de dolor.		
EVIDENCIADO POR:	Incremento de la FC, irritabilidad, gestos de dolor		Control del síntoma (210002)						
COMPLICACION POTENCIAL		Shock neurogénico, Hipertensión arterial							

7 <b>CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC) [ Butcher et al., 2019]</b>		
<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>	<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>	<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>
Manejo del dolor (1410)	Administración de analgésicos (2210)	Manejo de la medicación (2380)
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<p>1. Prestar atención a claves no verbales de molestias, gestos, muecas, incremento de la tensión arterial, frecuencia cardíaca y analgésicos.</p> <p>2. Certificar de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.</p> <p>3. Recurrir a calmantes valorando el dolor en el paciente.</p> <p>4. Apreciar experiencias anteriores de dolor que incluyan en los reportes de enfermería anteriores.</p> <p>5. Valerse de una estrategia de valoración conveniente que posibilite el seguimiento de los cambios de dolor, que ayude a detectar componentes de senca de nales y potenciales (hoja de informe diario) [Ibarrá y Riveiro, 2016].</p> <p>6. Establecer la periodicidad de realización de comodidad del paciente.</p> <p>7. Mantener el control de los componentes del medio ambiente que logren influir en la contestación del paciente a las molestias (temperatura, iluminación y ruidos)</p>	<p>1. Verificar las decisiones médicas en cuanto al preparado, cantidades y periodicidad del calmante prescrito.</p> <p>2. Proponer al médico reiniciación de medicación analgésica.</p> <p>3. Determinar la selección de analgésicos: El fentanilo y remifentanilo, son potentes agonistas opiáceos, por ello inhibe la vía del dolor.</p> <p>4. Mantener el control de los signos vitales anteriormente y luego de la gestión de analgésicos y dosis para lograr un impacto óptimo.</p> <p>5. Considerar el uso de infusión continua, ya sea sola o juntamente con opiáceos, para mantener los niveles en suero.</p> <p>6. Atender las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden a la relajación y faciliten la respuesta analgésica.</p> <p>7. Evaluar la efectividad del analgésico a intervalos regulares luego de cada titulación de la dosis en cc/h, empero en especial luego de las dosis iniciales, y mirar signos e indicios de actitudes adversas.</p>	<p>1. Establecer los remedios necesarios y administrarlos de acuerdo con la prescripción médica y/o protocolo.</p> <p>2. Vigilar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.</p> <p>3. Monitoreo de las funciones vitales: PA, FC, FR, T°</p> <p>4. Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.</p> <p>5. Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.</p> <p>6. Obtener la orden médica, en receta o de medicamentos especiales y restringidos, que es necesario para el caso de Fentanilo.</p>

8. Seleccionar y desarrollar aquellas medidas que faciliten el alivio del dolor (farmacológica)	8. Registrar la respuesta al analgésico y sus efectos adversos.	
9. Proporcionar al paciente un alivio del dolor mediante la titulación del analgésico en este caso Fentanilo en infusión continua.		
10. Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función a la respuesta del paciente.		
11. Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o constituyen cambios significativos.		
12. Monitorizar el estado de complacencia del paciente con la exploración del dolor, evidencia r cese de gesticulaciones, agitación, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria.		

SERVICIO		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC) [Butcher et al., 2019]					EVALUACIÓN	
ESPECIALIDAD	UCI GENERAL	12 RESULTADO(S)	INDICADOR (ES)	ESCALAS DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA			
					MANTENER	AUMENTAR		
UCI CIRUGÍA	UCI GENERAL							
<b>DOMINIO</b>	3.Eliminación e Intercambio	<b>RESULTADO:</b>	PaCO2 (040209)	1 Desviación grave del rango	3	4	Paciente con adecuado intercambio gaseoso PH: 7.36, PCO2 33mmHg,y PaO2 FIO2.300	
<b>CLASE:</b>	4.Función respiratoria	Estado Respiratorio Intercambio Gaseoso (0402)	PH (04021)	2 Desviación sustancial del rango normal				
<b>CODIGO DX:</b>	00030		Equilibrio V/Q (040214)	3 Desviación moderada del rango normal				
<b>DIAGNOSTICO</b>	Deterioro del intercambio gaseoso			4 Desviación leve del rango normal				
<b>RELACIONADO CON:</b>	alteración en la ventilación/perfusión	<b>Resultado:</b>		5 Sin desviación del rango normal	2	4	Paciente con adecuado pasaje del MV ,no ruidos agregados. SO2 96%	
<b>EVIDENCIADO POR:</b>	Gasometría anormal, presencia de roncanes.	Estado Respiratorio: Ventilación (0403)	Ruidos respiratorios patológicos (040310)	1 Grave				
<b>COMPLICACIÓN POTENCIAL</b>		Paro cardiorrespiratorio/Trastorno ácido base		2 Sustancial				
				3 Moderado				
				4 Leve				
				5 Ninguno				
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC) [Butcher et al., 2019]								



7

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA
Manejo de la ventilación mecánica inva siva(3300) <b>ACTIVIDADES</b>	Manejo de vías aéreas artificiales (3180) <b>ACTIVIDADES</b>	Manejo del equilibrio ácido básico (1910) <b>ACTIVIDADES</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acreditar puntualmente las conexiones del ventilador mecánico.</li> <li>2. Mantener el control de las condiciones que indiquen la necesidad de un soporte de ventilación: disfunción neurológica, acidosis respiratoria.</li> <li>3. Certificar que las alarmas estén funcionando .</li> <li>4. Administrar agentes paralizantes, sedantes y analgésicos prescritos.</li> <li>5. Fijarse la eficacia del ventilador sobre el estado fisiológico del paciente.</li> <li>6.Examinar leyendas de presión del ventilador, la sin cronicidad paciente/ventilador y el murmullo vesicular del paciente.</li> <li>7. Hacer aspiración lo menos viable, en función lidad de la existencia de sonidos adventicios y/o incremento de presiones de inspiración.</li> <li>8. Controlar la cantidad, color y consistencia de las secreciones pulmonares y documentar.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Disponer de un tubo de mayo o cánula Guedel para impedir morder el TOT.</li> <li>2. Inflar el globo del TOT mediante una técnica mínimamente oclusiva .</li> <li>3. Evitar el desplazamiento del TOT, fijar y marcar el número de fijación.</li> <li>4. Cambiar de cintas de sujeción cada 2-4h, inspeccionar piel y mucosa bucal, mover el tubo al otro extremo .</li> <li>5. Auscultar si hay sonidos pulmonares bilaterales después del cambio de sujeción.</li> <li>6. Ausculte ACP para valorar la presencia de roncales, sibilantes y/o ruidos agregados.</li> <li>7. Observar si hay descenso del volumen exhalado y aumento de la presión inspiratoria .</li> <li>8. Iniciar aspiración de secreciones si está indicado y de preferencia a circuito cerrado.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mantener acceso intra venoso permeable.</li> <li>2. Mantener vías aéreas despejadas.</li> <li>3. Controlar niveles de Ácido Base generales y electrolitos según disponibilidad.</li> <li>4. Controlar el estado hemodinámico incluyendo PAM, PVC.</li> <li>5. Observar pérdidas de ácido y bicarbonato(drenajes, vómitos, diarrea, diuresis)</li> <li>6. Observar síntomas de insuficiencia respiratoria (niveles de Po2 bajos y PCO2 altos)</li> <li>7. Proporcionar un adecuado soporte ventilatorio mecánico</li> <li>8. Obtener muestras según orden médica de laboratorio para el control de Acido Base.</li> <li>9. Disminuir el consumo de oxígeno según proceda.</li> <li>10. Controlar el estado de sedación/neurológico del paciente, buscando signos de hipercapnia e hipoxemia .</li> </ol>

**8 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

**CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC) [Butcher et al., 2019]**

ESPECIALIDAD	SERVICIO	12 RESULTADO (S)	INDICADOR (ES)	ESCALAS DE MEDICIÓN		PUNTUACIÓN DIANA		EVALUACIÓN
				MANTENER	AUMENTAR			
UCI CIRUGÍA	UCI GENERAL			5	4	4	2	Paciente continua con edema periférico leve, disminuye presencia de ingurgitación de yugular y la PVC en 12cmH2O
<b>DOMINIO</b>	4.Actividad Reposo	RESULTADO:	Edema periférico (040120)	4	Sustancialmente Grave			
<b>CLASE:</b>	4.Respuestas Cardiovasculares pulmonares	Estado circulatorio (0401)	PVC (040105)	3	Moderadamente grave			
<b>CODIGO DX:</b>	00030	Resultado:	Ingurgitación (040119)	2	Levemente grave			
<b>DIAGNÓSTICO</b>	Disminución del gasto cardiaco			1	Ninguno			
<b>RELACIONADO CON:</b>	alteración en la pre y post carga	Resultado:	Gasto urinario (040020)	5	Gravemente comprometido			Paciente mejoró débito urinario más de 400 en 12 horas conservando ritmo sinusal taquicardia.
<b>EVIDENCIADO POR:</b>	Taquicardia edema, oliguria, PVC alto, ingurgitación	Efectividad de la bomba cardiaca (0400)	Frecuencia cardiaca (040012)	4	Sustancialmente comprometida.	5	3	
<b>COMPLICACIÓN POTENCIAL</b>		Paro cardiaco/Hipoperfusión		3	Moderadamente comprometido.			
				2	Levemente comprometido.			
				1	No comprometido			

**7 CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC) [Butcher et al., 2019]**

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Regulación Hemodinámica (4150)	Mancjo de Shock (4250)	Cuidados Cardiacos Agudos (4044)
ACTIVIDADES	ACTIVIDADES	ACTIVIDADES
1. Auscultar los sonidos cardíacos.	1. Monitorizar los signos vitales, estado mental y excreción urinaria.	1. Controlar el estado neurológico.
2. Evidenciar y registrar la frecuencia, ritmos cardíacos y los pulsos.	2. Instaurar y mantener la permeabilidad de vías aéreas.	2. Controlar la ingestión/eliminación
3. Monitorizar el Gasto Cardíaco.	3. Vigilar la pulsioximetría.	3. Obtener ECG de 12 derivaciones.
4. Administrar medicamentos inotrópicos, de contractilidad positivos,	4. Utilizar monitorización de línea arterial para exactitud de lecturas de presión arterial.	4. Vigilar la función renal (BUN, Creatinina).
5. valorar los pulsos periféricos, llenado capilar, la temperatura y color de las extremidades.	5. Observar si hay signos de insuficiencia respiratoria.	5. Controlar los electrolitos que puedan aumentar el riesgo de arritmias.
6. Elevar la cabecera de la cama a 30°.	6. Vigilar valores de gasometría arterial, hemograma, perfil de coagulación, cultivos y otros	6. Vigilar la tendencia de la presión sanguínea y los parámetros hemodinámicos.
7. Observar si hay edema periférico, distensión de la vena yugular.	7. Administrar vasopresores.	7. Auscultar los sonidos cardíacos.
8. Realizar un sondaje vesical para control estricto de la diuresis a horario,	8. Controlar el estado de los líquidos, gasto urinario cada hora, la ingesta y la eliminación.	8. Auscultar los pulmones para ver si hay sonidos adventicios o crepitantes.
9. Monitorizar la PVC.	9. Administrar líquidos cristaloides y coloides.	9. Evitar la formación de trombos periféricos a través de los cambios de posición cada dos horas.

8

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

**CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)**

**ESPECIALIDAD**

**SERVICIO**

UCI CIRUGÍA	UCI GENERAL	12 RESULTADO (S)	INDICADOR (ES)	ESCALAS DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA		EVALUACIÓN
					MANTENER	AUMENTAR	
<b>DOMINIO</b> CLASE: CODIGO DX: DIAGNÓSTICO	NUTRICIÓN	<b>RESULTADO:</b> Equilibrio electrolítico (0600)	Sodio sérico (060005)	1 Desviación grave del rango	3	4	Paciente reduce los niveles séricos de Sodio. Cerca de los tradicionales por mejoramiento de los mecanismos reguladores y trabajo de la hidratación con H2O destilada Na 150 mEq/L
	HIDRATACIÓN			2 Desviación sustancial del rango normal			
	00195			3 Desviación moderada del rango normal			
	Desequilibrio de Líquidos y electrolitos			4 Desviación leve del rango normal			
				5 Sin desviación del rango normal			
<b>RELACIONADO CON:</b> <b>EVIDENCIADO POR:</b>	deterioro de los mecanismos reguladores Edema, disnea oliguria y electrolitos alterados	Desequilibrio Hidroelectrolítico severo	Potasio sérico (060006)	1 Desviación grave del rango	4	5	Mantiene niveles de K en 3.5 mEq/L
				2 Desviación sustancial del rango normal			
				3 Desviación moderada del rango normal			
				4 Desviación leve del rango normal			
				5 Sin desviación del rango normal			
<b>COMPLICACION POTENCIAL</b>							
<b>7 CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC) [Butcher et al., 2019]</b>							
<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>				<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>			

Manejo electrolitos: hiponatremia (2009) <b>ACTIVIDADES</b>	Manejo de electrolitos: hipocalcemia (2006) <b>ACTIVIDADES</b>	Monitorización de electrolitos (2020) <b>ACTIVIDADES</b>
1. Vigilar cuidadosamente los niveles de sodio	1. Controlar la presencia precoz de hipocalcemia y prevenir secuelas mortales.	1. Vigilar niveles de electrolitos séricos
2. Conseguir las muestras adecuadas para el análisis de laboratorio.	2. Comprobar causas renales de disminución de los niveles de potasio en suero.	2. Suministrar líquidos según prescripción (coloides, cristaloides)
3. Vigilar la glicemia.	3. Prevenir/reducir irritaciones por el suplemento de potasio, considerar la infusión a través de vía central para concentraciones mayores de 10 mEq/l	3. Mantener un registro adecuado de ingesta y eliminación.
4. Controlar ingresos y egresos estrictos.	4. Proporcionar monitorización cardiaca continua.	4. Mantener solución intra venosa que contenga electrolitos a un flujo constante.
5. Conservar una vía intra venosa permeable, para corrección oportuna y rápida de la hiponatremia.	5. Evitar la administración de sustancias alcalinas.	5. Administrar electrolitos suplementarios, como reto de potasio por vía intra venosa, oral, nasogástrica.
6. Observar la aparición de efectos secundarios de hiponatremia: edema cerebral y ataques nerviosos.	6. Monitorizar manifestaciones cardíacas de hipocalcemia (hipotensión, aplastamiento de la onda T, inversión de la onda T, taquicardia)	6. Control periódico de electrolitos séricos.
7. Ejecutar reto de fluidos con soluciones osmóticas, reponer pérdidas urinarias,	7. Comunicar y sugerir reposición de K+ si los niveles descendieran más.	7. Comunicar al médico si persisten o empeoran los signos y síntomas de desequilibrio electrolítico.
8. Alertar función renal.		
9. Fijarse en el estado hemodinámico, según disponibilidad.		

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA [Butcher et al., 2019]**

<b>ESPECIALIDAD</b>	<b>SERVICIO</b>	<b>CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)</b>

UCI CIRUGÍA	UCI GENERAL	RESULTADO (S)	INDICADOR (ES)	ESCALAS DE MEDICIÓN	PUNTAJACIÓN DIANA		EVALUACIÓN	
					MANTENER	AUMENTAR		
<b>DOMINIO</b> CLASE: CODIGO DX: DIAGNOSTICO	ELIMINACIÓN INTERCAMBIO FUNCIÓN GASTROINTESTINAL 00196 Motilidad gastrointestinal disfuncional	RESULTADO: Función gastrointestinal (1015)	Distensión Abdominal (101514)	1	Grave	2	Paciente con leve distensión abdominal mejora parámetros hemodinámicos al descomprimir con sondaje a gravedad.	
				2	Sustancial			4
				3	Moderado			
				4	Leve			
				5	Ninguno			
RELACIONADO CON: EVIDENCIADO POR:	inmovilidad abdominal, distensión abdominal, residuos gástricos altos, RHA	Síndrome Compartimento/Aumento de la Presión Intraabdominal (PIC).	Aspirados gástricos: cantidad de residuos (101510)	1	Gravemente comprometido	3	Mantiene residuos relativamente bajos.	
				2	Sustancialmente comprometido			4
				3	Moderadamente comprometido			
				4	Levemente comprometido			
				5	No comprometido			
COMPLICACIÓN POTENCIAL								
<b>7</b> CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC) [Butcher et al., 2019]								
<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>				<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>		<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>		

Cuidados de la sonda gastrointestinal (1874) <b>ACTIVIDADES</b>	Alimentación enteral por Sonda (1056) <b>ACTIVIDADES</b>	Manejo intestinal(0430) <b>ACTIVIDADES</b>
1. Observar la correcta colocación de la sonda	1. Insertar una sonda nasogástrica, nasoyeyunal nasoduodenal de acuerdo a las necesidades de nuestro paciente.	1. Auscultar y observar si hay sonidos intestinales.
2. Asentar la sonda en la parte del cuerpo que corresponde teniendo presente la tranquilidad e totalidad de la demis del paciente	2.- Verificar la idónea colocación de la sonda examinar cavidad oral, verificar si hay residuo gástrico, oír a lo largo de la inyección y sustracción de viento.	2. Informar si hay disminución de ruidos intestinales
3. Escuchar periódicamente los ruidos intestinales.	3. Auscultar ruidos intestinales cada 4 a 6 horas.	3. Observar si hay signos de diarrea, estreñimiento e impactación.
4. Observar y vigilar periódicamente la cantidad, el color, la consistencia del contenido nasogástrico.	4. Elevar la cabecera de la cama a 300 o 450 durante la alimentación enteral.	4. Informar sobre algún problema intestinal, rutina intestinal, uso de laxantes.
5. Suplir las pérdidas según la proporción de producción gastrointestinal con la solución intravenosa correcta.	5. Irrigar y lavar el trayecto de la sonda después de cada alimentación.	5. Favorecer la eliminación intestinal con un estimulante para las heces, si procede.
6. Fijarse habitualmente el estado de líquidos y electrolitos.	6. Utilizar Técnica muy higiénica en la administración de alimentos	
7. Empezar y fijarse periódicamente el porte alimenticio por la sonda enteral.	7. Comprobar la frecuencia de goteo o utilizar bomba de alimentación para gastroclisis.	
	8.-Comprobar la existencia de residuo c/4 -6 horas durante las primeras 24 horas, luego será c/8 horas.	
	9.- Mantener inflado el dispositivo de sujeción del tubo endotraqueal durante la alimentación.	

8

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

<b>PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA</b>	
<b>ESPECIALIDAD</b>	<b>SERVICIO</b>
CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC) [Butcher et al., 2019]	

UCI CIRUGÍA	UCI GENERAL	RESULTADO (S)	INDICADOR (ES)	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA		EVALUACIÓN
					MANTENER	AUMENTAR	
DOMINIO	1. NUTRICIÓN	RESULTADO:	Ingestión alimentaria por sonda (100802)	1 Inadecuado	2	4	Paciente tolerando mejor la dieta por sonda mediante gastroclisis, y conservando valores de glucosa dentro de los parámetros aceptables, se inicia con NPT total.
	1. INGESTIÓN	Estado Nutricional:	Ligeramente Adecuado	2 Ligeramente Adecuado			
CODIGO DX:	00196	Ingestión alimentaria y de líquidos. (1008)	Administración de líquidos con nutrición parenteral total (100805)	3 Moderadamente Adecuado			
DIAGNÓSTICO	Desequilibrio Nutricional por defecto.	Estado Nutricional		4 Sustancialmente Adecuado			
RELACIONADO CON:	Incapacidad para ingerir y digerir alimentos.	Determinaciones Bioquímicas (1005)	Albúmina Sérica (100501)	5 Completamente Adecuado	2	4	Paciente Conserva valores de glucosa en valores menores de 60mg/dl y albúmina mejoró a 2.5gr/dl.
EVIDENCIADO POR:	Ingesta inferior a los requerimientos nutricionales, hipoproteinemia Hiperglicemia y NTP Total		Hemoglob. (100504)	1 Desviación grave del rango normal			
			Glucemia (100507)	2 Desviación Sustancial del rango normal			
				3 Desviación Moderada del rango normal			
				4 Desviación leve del rango normal			
				5 Sin desviación del rango normal			
COMPLICACIÓN POTENCIAL		Descompensación Metabólica/Desnutrición a guda severa					



<b>7 CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC) [Butcher et al., 2019]</b>		
<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>	<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>	<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>
Utilizar Nutrición Parenteral Total NPT (1200)	Terapia Nutricional (1120)	<b>Terapia Nutricional (1120)</b>
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
1. colaborar en la inserción de la línea central.	1. Controlar los líquidos ingeridos y calcular la ingesta calórica si procede.	1. Vigilar las tendencias de pérdidas y ganancias Auscultar y observar si hay sonidos intestinales.
2. verificar la colocación correcta del Catéter Central intravenoso mediante un examen radiológico.	2. Elegir suplementos nutricionales si procede.	2. Observar la piel y comprobar la turgencia de la misma .
3. Mantener la permeabilidad y vendajes de la línea central.	3. Administrar alimentación enteral por sonda nasogástrica.	3. Observar si se producen náuseas y vómitos.
4. vigilar si hay signos de infección e infiltración.	4. Aspirar residuos gástricos y suspender la alimentación por sonda a medida que tolere el paciente.	4. Vigilar niveles de albúmina, proteína total, hemoglobina y hematocrito.
5. Emplear técnica estéril al preparar y colgar las soluciones de NPT.	5. Irrigar y lavar el trayecto de la sonda después de cada alimentación.	5. Realizar un Balance Hídrico estricto para ver las ganancias y las pérdidas.
6. Usar una bomba de infusión para el aporte de soluciones de NPT.	6. Alimentar al paciente en una posición adecuada para prevenir la aspiración.	6. Controlar la ingesta calórica y nutricional del paciente.
7. Conservar el índice de flujo constante de la solución de NPT.	7. Verificar siempre el inflado del neumotaponamiento del TET para evitar complicaciones de la alimentación enteral.	7. Administrar retos de fluidos y electrolitos de acuerdo a las necesidades del paciente.
8. Controlar ingesta y eliminaciones.	8. Controlar los valores de laboratorio.	
9.-verificar niveles de albúmina, proteína total electrolitos, glucosa y perfil químico.		
10. Controlar la glucosa en la orina.		

11. Colocar insulina según prescripción para mantener los niveles de glucosa en suero.		
12. Prestar atención a signos de alarma en la infusión e informar al médico.		

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

## CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)

ESPECIALIDAD	SERVICIO	UCI GENERAL	RESULTADO(S)	INDICADOR (ES)	ESCALA (S) DE MEDICIÓN		PUNTUACION DIANA		EVALUACIÓN
					MANTENER	AUMENTAR			
UCI CIRUGÍA	ELIMINACIÓN INTERCAMBIO	UCI GENERAL	RESULTADO: Eliminación Urinaria (0053)	Cantidad de orina (050303)	1 Gravemente Comprometido	2	4	Paciente cursó con oliguria con un índice de filtrado renal a 0,5 cc/Kg/h por lo que se midió PVC=18 y se tuvo que forzar diuresis.	
	1. FUNCIÓN URINARIA			Ingesta de líquidos (050307)	2 Sustancialmente comprometido				
	CODIGO DX: 00196				3 Moderadamente comprometido				
	Deterioro de la eliminación Urinaria.				4 Levemente comprometido				
					5 No comprometido				
RELACIONADO CON:	Trastorno motor Pos sensorial.		Función Renal (0504)	Creatinina serológica (050404)	1 Gravemente comprometido	2	4	Paciente conservaba un balance hídrico menos positivo el PH cerca de 7,36 mejorando el filtrado renal a 1cc/Kg/h.	
EVIDENCIADO POR:	Disminución de flujo urinario, catéter vesical ITU, creatinina alta.			PH Arterial. (040210)	2 Sustancialmente comprometido				
				Equilibrio de la ingesta y el gasto en 24 horas. (0504024)	3 Moderadamente comprometido				
					4 Moderadamente comprometido				
					5 No comprometido				
			Shock Distributivo /Anasarca						
<b>7</b> COMPLICACIÓN POTENCIAL									
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC) [Butcher et al., 2019]									

7

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA
Sondaje Vesical (0580)	Manejo de Eliminación Urinaria (0590)	Cuidados del Catéter Urinario (1876)
ACTIVIDADES	ACTIVIDADES	ACTIVIDADES
1. Manifestar el modo y el fundamento de la intervención.	1. Controlar la temperatura al menos c/2 horas.	1. Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado.
2. Congregar el equipo adecuado para la cateterización.	2. Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria.	2. Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario.
3. Conservar técnica aséptica.	3. Obtener la muestra a la mitad de la eliminación para análisis de orina, según indicación.	3. Irrigar el sistema de catéter urinario mediante técnica estéril.
4. Implantar catéter Urinario en la vejiga, si procede.	4. Remitir al médico si se producen signos y síntomas de infección del tracto urinario.	4. Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
5. Acoplar el catéter urinario a la bolsa de drenaje de pie de cama.	5. Restringir el ingreso de líquidos.	5. Cambiar el set de drenaje urinario cuando se requiere.
6. Fijar el catéter a la piel.	6. Observar signos y síntomas de infección del tracto urinario.	6. Higiene perineal y limpiar el catéter fuera del meato.
7. Conservar un sistema de drenaje urinario cerrado.		7. Obtener muestra de orina por el orificio del sistema de drenaje urinario cerrado.
8. Registrar la ingesta y eliminación.		8. Observar si hay distensión de la vejiga.

**8 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

ESPECIALIDAD		SERVICIO	CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
UCI CIRUGIA	UCI GENERAL	SEGURIDAD Y PROTECCION	INDICADOR (ES)	ESCALA (S) DE MEDICION	PUNTUACION DIANA		EVALUACION
					MANTENER	AUMENTAR	
DOMINIO:	UCI GENERAL	SEGURIDAD Y PROTECCION	Frecuencia Cardíaca Apical (080017)	1	Gravemente Comprometido	2	Paciente mejora ritmo sinusal hasta dentro de los parámetros normales y mejoró presión arterial.
CLASE:	TERMORREGULACION (0800)	RESULTADO: TERMORREGULACION (0800)		2	Sustancialmente comprometido	4	
CODIGO DX:	00196			3	Moderadamente comprometido		
DIAGNOSTICO	Hipertemia .			4	Levemente comprometido		
				5	No comprometido		
RELACIONADO CON:	Proceso séptico.	Proceso séptico.	Temperatura cutánea aumentada (080001)	1	Grave	2	Paciente mantiene Temperatura Corporal hasta subfebril T°37,4°C
EVIDENCIADO POR:	Temperatura 38.5°C, Taquicardia, piel caliente, Irritabilidad.	Temperatura 38.5°C, Taquicardia, piel caliente, Irritabilidad.		2	Sustancial	4	
				3	Moderado		
				4	Leve		
				5	Ninguno		
<b>7</b> COMPLICACIÓN POTENCIAL			SHOCK NEUROGENICO/ CONVULSIONES				
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)							

<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>	<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>	<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>
Tratamiento de la Fiebre (3740) (Butcher et al., 2019)	Regulación de la Temperatura (3900) (Butcher et al., 2019)	Inducción de la Hipotermia (3790) (Butcher et al., 2019)
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
1. Valerse medios Físicos.	1. Comprobar la temperatura al menos c/2horas.	1. Controlar el estado hemodinámico (Gasto cardíaco, RVS).
2. Infundir líquidos si procede.	2. Controlar la presión sanguínea ,el pulso, respiración.	2. Controlar T° del paciente con un monitor cardíaco central continuo
3. controlar y valorar la T° lo más frecuente que sea posible.	3. Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipotermia .	3. Instaurar medidas de enfriamiento externo activo (bolsas de hielo, manta hipotérmica).
4. Observar el color de la piel y la T°.	4. Administrar medicamentos antipiréticos.	4. Promover la ingesta adecuada de líquidos y
5. Instaurar un dispositivo de monitoreo de T° Central continuo.	5. Baños tibios para ajustar la temperatura corporal alterada.	5. Controlar color de la piel y T° de la piel.
6. Evidenciar la presión sanguínea, el pulso, la frecuencia cardíaca y respiratoria.		6.- Controlar los escalofríos
7. Evidenciar los valores de recuento de leucocitos.		7.- Administrar medicamentos antipiréticos.
8. Monitorizar si hubiera desequilibrio ácido base.		8.-Controlar y tratar el equilibrio Acido- Base
9. Monitorizar si hubiera arritmias cardíacas		9. Controlar la ingesta y la eliminación
10. Emplear la medicación antipirética .		10. Controlar el estado respiratorio.
11. Realización de baño tibio con esponja.		

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

ESPECIALIDAD		CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)							
SERVICIO		12 RESULTADO(S)	INDICADOR (ES)	ESCALAS DE MEDICION		PUNTUACION DIANA		EVALUACION	
UCI GENERAL						MANTENER	AUMENTAR		
DOMINIO	11. Seguridad! protección	Resultado:	De tumbado (020301)	1	Gravemente comprometido	4	4	Paciente que durante su permanencia no muestra deterioro de la totalidad cutánea .	
CLASE:	2. Lesión física			2	Sustancialmente comprometido				
CODIGO DX:	00047	3	Moderadamente comprometido	4	Levemente comprometido				
DIAGNOSTICO	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	4	No comprometido	5					
RELACIONADO CON:	Inmovilización inducida por uso de sedación continúa y presencia de	5							
EVIDENCIADO POR:		Resultado: Control del riesgo(1923)	Mantiene intactos los tegumentos cutáneos	1	Nunca demostrado	4	5		
COMPLICACION POTENCIAL		Lesión de la integridad cutánea							
		CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)							
INTERVENCION DE ENFERMERIA		INTERVENCION DE ENFERMERIA		INTERVENCION DE ENFERMERIA		INTERVENCION DE ENFERMERIA			
Cuidados del paciente encamado (0740)		Cambio de posición ( 0840)		Cuidados de la piel: tratamiento tópico (3584)					
ACTIVIDADES		ACTIVIDADES		ACTIVIDADES			ACTIVIDADES		

1. Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico adecuado.	1. Colocar sobre un colchón/cama terapéutica adecuada.	1. Evitar la ropa de cama de textura ásperas
2. Colocar al paciente con una alineación adecuada.	2. Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.	2. Realizar la limpieza con jabón antibacteriano.
3. Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas.	3. Premedicar al paciente antes de un cambio de posición, si procede.	3. Vestir al paciente con ropas no restrictivas.
4. Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre arrugas.	4. Colocar en la posición de alineación corporal.	4. Retirar el esparadrapo y los restos.
5. Aplicar dispositivos que eviten los pies equinos.	5. Poner apoyo en zonas edematosas( almohadas debajo del brazo)	5. Proporcionar soporte en zonas edematosas (almohada debajo de los brazos)
6. Subir las barandillas.	6. Minimizar el roce al cambiar de posición del paciente.	6. Aplicar lubricante para humedecer los labios y mucosa bucal.
7. Cambiarlo de posición, según lo indique el estado de piel.	7. Girar al paciente mediante la técnica de hacer rodar troncos.	7. Administrar fricciones en espalda y cuello.
8. Girar al paciente al menos cada 2 horas, de acuerdo a un programa específico.	8. Realizar los giros según lo indique el estado de la piel.	8. Aplicar los pañales sin comprimir.
9. Vigilar el estado de la piel.		
10. Ayudar con las actividades de higiene.		9. Dar masaje alrededor de las manchas de presión.
11: Monitorizar el estado pulmonar.		10. Aplicar protectores en los talones.
		11. Inspeccionar diariamente la piel y registrar los cambios.



CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)								
ESPECIALIDAD	SERVICIO	12 RESULTADO (S)	INDICADOR (ES)	ESCALAS DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA		EVALUACIÓN	
					MANTENER	AUMENTAR		
UCI CIRUGÍA	UCI GENERAL							
<b>DOMINIO</b>	SEGURIDAD PROTECCIÓN.							
CLASE:	1. INFECCIÓN	RESULTADO:	Practica control de infección (192416)	1 Nunca demostrado	4	5	Paciente con peligro de infección sobreaagada, por disminución de Hb.	
CODIGO DX:	00004	Control del riesgo: proceso infeccioso (1924)		2 Raramente demostrado			Se usan todos los medios de control para prevención de infecciones.	
DIAGNÓSTICO	Riesgo de infección			3 A veces demostrado			Temperatura del cuerpo habitual, no aumento leucocitario.	
RELACIONADO CON:	Procedimientos invasivos, Hb 10.6 mg/dl, leucocitosis.	Resultado:	Recuento leucocitario (070214)	4 Frecuentemente demostrado	3	3		
EVIDENCIADO POR:		Estado inmune (0702)		5 Siempre demostrado				
COMPLICACION POTENCIAL		Sepsis generalizada		1 Gravemente comprometido				
				2 Sustancialmente comprometido				
				3 Moderadamente comprometido				
				4 Levemente comprometido				
				5 No comprometido				
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC) [Butcher et al., 2019]								
<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>		<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>		<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>				
Control de infecciones (6540)		Protección contra las infecciones(6550)		Interpretación de datos de laboratorio (7690)				

ACTIVIDADES	ACTIVIDADES	ACTIVIDADES
1. Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes. -	1. Observar signos y síntomas de infección sistémica localizada.	1. Familiarizarse con las a breviaturas de la institución.
2. Usar guantes según lo exige las normas de precaución universal.	2. Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.	2. Utilizar los márgenes de diferencia de laboratorio que está realizando los análisis.
3. Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte del paciente	3. Limitar el número de visitas familiares.	3. Reconocer los factores fisiológicos que puedan afectar los resultados de laboratorio.
4. Cambiar el equipo de cuidados del paciente según protocolo	4. Mantener normas de asepsia para el paciente de riesgo	4. Anotar hora y sitio de la recogida de los especímenes.
5. Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles.	5. Obtener muestras para realizar pa ncultivos.	5. Comparar los resultados con otros análisis de laboratorio y/o diagnósticos relacionados.
6. Limitar el número de visitas.	6. Fomentar una ingesta nutricional suficiente	6. Monitorizar los resultados secuenciales de los análisis para ver las tendencias y cambios bruscos.
7. Mantener un ambiente aséptico óptimo durante la inserción de líneas centrales.	7. Informar de la sospecha de infecciones al personal de control de infecciones, así como el resultado de los cultivos positivos.	7. Informar de cambios súbitos de los valores de laboratorio al médico inmediatamente.
8. Usar cateterización intermitente para minimizar la incidencia de infección de la vejiga.	8. Control de la temperatura.	8. Analizar si los resultados obtenidos son coherentes con el comportamiento y el estado clínico del paciente.
9. Administración de terapia de antibióticos según corresponda.	9. Valorar hemograma	

#### **IV.- EJECUCIÓN**

El proceso de enfermería se realizó en la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital “Víctor Ramos Guardia” en la localidad de Huaraz del Departamento de Ancash Hospital Nivel II-2 netamente referencial que brinda sus servicios a toda la población del Callejón de Huaylas y Callejón de Conchucos. Siendo el único establecimiento del Ministerio de Salud que da cobertura a la región Ancash.

El proceso de Enfermería con todas las actividades programadas fue ejecutado en un paciente con diagnóstico de Shock Séptico foco abdominal más insuficiencia respiratoria aguda II, resaltando el trabajo en equipo de todo el personal de la UCI pese a las limitaciones en cuanto a las necesidades y problemas reales.

#### **V.- EVALUACIÓN:**

**5.1. EVALUACION DE ESTRUCTURA:** Se cuenta con una infraestructura no muy adecuada falta de intercambiador de aire porque los ambientes fueron diseñados inicialmente para Sala de Operaciones, en la medida de lo posible se trató de brindar un cuidado integral holístico, pese a que estos ambientes son muy reducidos contando con cuatro camas, existieron ciertas limitaciones porque se contó con materiales e insumos pero la Unidad de Cuidados Intensivos carece de aparatos de vigilancia invasivo, como Cardio Q, etc.

**5.2. EVALUACION DE PROCESO:** El proceso de Atención de Enfermería es la herramienta elemental para el enfermero(a) que puede brindar una atención de calidad priorizando los diagnósticos encontrados durante la valoración y examen físico.

#### **✓ VALORACIÓN:**

Para la primera etapa del proceso se acudió a todos los datos encontrados en la Historia Clínica del paciente mediante las técnicas de exploración: Observación, percusión, palpación y auscultación. Existiendo cierta restricción porque hemos tenido que ayudarnos del pariente para poder apreciar de forma integral al paciente, ya que este se encontraba sedado o con dosis de Opiáceos narcóticos que no permitían incluso evaluar el Glasgow por lo que fue evaluado con Escalas de Sedación existiendo ese

quiebre en cuanto a la comunicación, el cual me parece es un común denominador en el caso de pacientes de UCI.

✓ **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:**

Luego de la recolección de datos, se procesaron y se clasificaron los datos relevantes para realizar un análisis de confrontación con la literatura a través de Dominios y se llegó a una conclusión diagnóstica, utilizando el fundamento de Calixta Roy.

✓ **PLANIFICACIÓN:**

Se plantearon las acciones de enfermería a realizarse para disminuir, prevenir o evitar problemas de salud del usuario.

✓ **EJECUCIÓN:** Se cumplieron con todas las actividades de enfermería programadas al 98%.

**5.3. EVALUACIÓN DE RESULTADO:** Se lograron reducir los problemas y complicaciones resultantes de un cuadro tan severo y de elevada mortalidad como es el shock séptico. El personal que labora en equipo cumple con sus funciones, práctica de valores, así como con el compromiso con el Servicio. Se pudo observar que el paciente se recupera de su patología y en estos días se encuentra sin ventilación mecánica, en condiciones de que sea dado de alta para pasar a Sala de Hospitalización Cirugía.

## CONCLUSIONES

En resumen la UCI del Nosocomio “Víctor Ramos Guardia” de Huaraz tiene una vivencia rica de capacidad resolutive de más de 26 años de manejo y atención de pacientes con múltiples patologías así mismo en la labor de la atención de pacientes con ventilación Mecánica Invasiva y no invasiva para eso las Enfermeras nos planteamos diariamente los planes de cuidados dirigidos a brindar los cuidados enfermeros necesarios con una perspectiva integral poder conseguir su recuperación pudiendo disminuir al mínimo las consecuencias que se logren exponer a lo largo de su permanencia.

El presente proceso de enfermería con su respectivo plan de cuidados nos va permitir generalizar la atención en la UCI y servir de guía para poder individualizar y planificarlas actividades. Además, no ha permitido evaluar los resultados NOC, y ejecutar las acciones a través del NIC con criterios de efectividad basados en la convicción científica que le da validez a nuestro trabajo. Asimismo, los fundamentos científicos están basados en una amplia revisión bibliográfica, el cual servirá para realizar futuros estudios de investigación y así mejorar la calidad en nuestra práctica profesional.

En la época de la ejecución del planeamiento de atenciones al paciente con Shock séptico con punto de inicio abdominal más Rabia en VMI, existió una limitante para la recolección de datos donde hemos tenido que ayudarnos con los parientes para lograr ver de manera holística a nuestro paciente, debido a que dichos se hallan sedado dificultando la comunicación.

Las atenciones enteras ofrecidos al paciente fueron importantes para arreglar el entorno inicial y plasmar las metas propuestas. El paciente ya está en la actualidad en condiciones de alta, estable hemodinámicamente, con cifras habituales de glucemia y presión arterial, continencia ha sido superado tras la evacuación de la sonda vesical y con apoyo ventilatorio de sistema Venturi al 40% el cual le ayudó a reducir su ansiedad y optimizar el jefe pulmonar, de esta forma como tolera mejor su ingesta de alimentos que aún continúa por gastroclisis por sonda nasogástrica. Se previno las UPP de las regiones de prominencias encontrándose independiente de infecciones por

procedimientos invasivos (Ventilación Mecánica, Catéter Venoso Central, Catéter Vesical, etcétera.); por el momento no muestra altura de temperatura del cuerpo.

## RECOMENDACIONES

En el servicio diario los expertos nos enfrentamos al desconsuelo de los pacientes y sus familias.

Es indispensable conseguir los conocimientos y capacidades de empatía para socorrer a los otros, además aconsejar para vivir su duelo, se necesita que los expertos adoptemos prácticas de ayuda primordial de parte de los compañeros y de la Organización.

Hay, además, resistencias particulares frente a dichos procesos de cuidado, y problemas particulares y comunitarias en el afrontamiento de los mismos, por lo que además son primordiales crear e instaurar cursos, tanto de pregrado como de posgrado, en los cuales se forme a los expertos en los inconvenientes asociados a el deceso y el duelo y más que nada el desarrollo de capacidades.

Una recomendación importante institucional sería que se implemente la UCI con equipos mínimamente invasivos para acercarnos más a la respuesta y monitoreo hemodinámico de los pacientes críticos, asimismo implementar de sistemas de recambio ventilatorio porque muchas de las colegas padecemos de infecciones respiratorias crónicas por ser un espacio muy cerrado y reducido.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bonill, C. y Amezcua, M. (2014). Virginia Henderson. Disponible en <https://www.fundacionindex.com/gomeres/?p=626>
2. Buggedo G., Perez C. (2010). Manejo Ventilatorio en la Sepsis Severa. 3era edición. Edit Mediterraneo. España. pg.388-398
3. Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J. y Wagner C. (2019). Clasificación de intervenciones de enfermería . (NIC). 7a. ed. España: El Servier. ISBN 978607150950
4. Casas, I., Contreras, E., Zuluaga y S., Mejía, J. (2008). Diagnóstico y manejo de la insuficiencia respiratoria aguda. Neumología y Cirugía de Tórax. 7(1):24-33. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2008/nt081e.pdf>
5. Castellares, D. y Castro, B. (2018). Actitud frente a la muerte del paciente en el personal de enfermería del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Disponible en <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/2156>
6. Díaz, N. (2019). Modelo Conceptual de Virginia Henderson. Recorrido desde la teoría a la práctica. Argentina: Universidad ISALUD. Disponible en <https://docer.com.ar/doc/x1n1env>
7. Dirección Regional de Salud Cusco. (2010). Insuficiencia Respiratoria Aguda CIE 10. Cusco: DIRESA Cusco. Disponible en Huamán, M. (2008). Cirugía General. Lima: Oficina General del Sistema de Bibliotecas y Biblioteca Central UNMSM.

Disponible en

[https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo\\_i/indice.htm](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/indice.htm)

8. Heather, H. y Kamitsuru, S. Diagnósticos enfermeros. (2019). Definiciones y clasificación 2018-2020. 11a. ed. España: El Servier. ISBN 9788491134503
9. Hernández, C. (2015). El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera. Universidad de Valladolid Facultad de Enfermería. Disponible en <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17711/TFG-H439.pdf;jsessionid=D52DE4F6E0E87871DD750C05E5E48080?sequence=1>
10. Hospital Txagorritxu. (2004). Guía de práctica clínica: Cuidados de Enfermería. España: Hospital Txagorritxu. Disponible en <https://www.enfermeriaaps.com/portal/guia-de-practica-clinica-cuidados-criticos-de-enfermeria-hospital-txagorritxu-2004>
11. Hoyos, L. (2013). Modelo de adaptación de Callista Roy. Bogotá. Resumen recuperado de <https://luismiguelhoyos.blogspot.com/search?q=roy>
12. Huamán, M. (2008). Cirugía General. Lima: Oficina General del Sistema de Bibliotecas y Biblioteca Central UNMSM. Disponible en [https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo\\_i/indice.htm](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/indice.htm)
13. Ibarra, J. y Riveiro, A. (2016). El dolor, manejo de analgesia y sedación. Hospital Torrecárdenas. España. disponible en <https://ajibarra.org/D/post/capituloeldolormanejodeanalgesia/>



14. Monzón, J., Saralegui, I., Abizanda, R., Cabré, L. Iribarren, S., Delgado, M. y Martínez, K. (2008). Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Med Intensiva*. 2008;32(3):121-33. Disponible <https://medintensiva.org/en-pdf-S0210569108709227>
  15. Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M. y Maas, M. (2019). Clasificación de resultados de enfermería (NOC). *Medición de resultados en salud*. 6a. ed. España: El Servier. ISBN 978607150950
  16. Moreno, A., Arrabal, R. y Mesa, P. (2011). Manejo del paciente en situación de Shock. Málaga. Disponible en <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/shock.pdf>
  17. Ormachea, E. (2021). Choque séptico. Disponible en <https://www.salud.mapfre.es/enfermedades/infecciosas/shock-septico/Ormachea>, E. (2021). Shock hipovolémico, causas y tratamiento. Disponible en <https://www.salud.mapfre.es/enfermedades/cardiovasculares/shock-hipovolemico/>
  18. Salgado, D. y Ridríguez, C. (2006). Situaciones clínicas más relevantes. Bacteriemia, sepsis y shock séptico. (p. 409 - 416). Madrid: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C). Disponible en <https://www.anme.com.mx/libros/Tratado%20de%20Geriatr%EDa%20para%20Residentes.pdf>
- Teoría de Callista Roy. (2014). Resumen recuperado de <http://ftt3trelew.blogspot.com/2014/04/callista-roy-nacio-el-14-de-octubre-de.html>

# Anexos

## **Anexo 1**

### **FARMACOLOGÍA**

#### **DEXTROSA**

##### **Sinónimos.**

Glucosa.

##### **Acción terapéutica.**

Energizante. Antihipoglucémico.

##### **Propiedades.**

La dextrosa es un hidrato de carbono simple (d-glucosa) que se metaboliza en el organismo a dióxido de carbono y agua. Por vía parenteral constituyen una fuente de agua e hidratos de carbono, contribuye a la restauración de los niveles sanguíneos de glucosa, minimiza el gasto de glucógeno hepático y disminuye la destrucción de proteínas como fuente de energía. Por vía oral es una importante fuente de calorías (hidratos de carbono).

##### **Indicaciones.**

Vía parenteral: reposición de líquidos y aporte de calorías como hidratos de carbono.

##### **Dosificación.**

Según criterio médico. El requerimiento diario de agua por pérdida por orina y respiración en el adulto es de 1,0 a 1,5 litros.

##### **Precauciones y advertencias.**

En pacientes con diabetes mellitus. Monitorear el equilibrio hidroelectrolítico

##### **Interacciones.**

Incompatibilidad con algunos aditivos de administración parenteral.

##### **Contraindicaciones.**

No simultáneamente con sangre en la misma vía de infusión, debido al riesgo de pseudo aglutinación de los glóbulos rojos. Diabetes mellitus.

#### **Sobredosificación.**

En el caso de sobre hidratación o hiperglucemia severa debe evaluarse el estado del paciente y actuar en consecuencia (diuréticos, insulina).

### **PIPERACICLINA + TAZOBACTAM**

#### **Mecanismo de acción**

Piperacilina: bactericida; inhibe la síntesis de pared celular bacteriana.

Tazobactam: Inhibidor de B-lactamasas.

#### **Indicaciones terapéuticas**

Tratamiento: Infección bacteriana en pacientes neutropénicos > 2 años, además en ads., adolescentes y ancianos: tratamiento. infección urinaria complicada (incluida pielonefritis) y no complicada, intra-abdominal, ginecológica, de piel y partes blandas, polimicrobianas causadas por microorganismos aerobios y anaerobios, septicemia bacteriana y neumonía nosocomial.

#### **Contraindicaciones**

Hipersensibilidad a piperacilina u otro antibiótico B-lactámico, tazobactam cualquier inhibidor de B-lactamasas.

#### **Advertencias y precauciones**

Riesgo de hipersensibilidad, de colitis pseudomembranosa, de sobreinfección y de manifestaciones hemorrágicas. Evaluación renal, hepática y hematopoyética periódica en tto. prolongado. Antes de tratar gonorrea descartar sífilis. Con dosis altas hay riesgo de excitabilidad neuromuscular o convulsiones (en especial si hay deterioro de función renal). Asociado con mayor incidencia de fiebre y exantema en sujetos con fibrosis quística. No se recomienda en niños < 2 años.

#### **Insuficiencia renal**

Ads. ancianos y niños con p.c. > 40 kg que reciben = dosis ads.: Clcr < 20 ml/mm, 4.000/500 mg/12 h; hemodializados máx./día: 8.000/1.000 mg y dosis adicional de 2.000/250 mg tras diálisis. Niños de 2-12 años (o con p.c. < 40 kg): Clcr 20-39ml/min: 80/10 mg/kg/8 h; Clcr < 20: 80/10 mg/kg/12 h; niños hemodializados y con p.c. < 50 kg, dosis recomendada: 45 mg/5 mg/kg/8h.

### **Interacciones**

Evaluar parámetros de coagulación y monitorizar con: heparina, anticoagulantes orales. Con I.R. grave aumenta aclaramiento de: tobramicina, gentamicina; evitar. Prolonga el bloqueo neuromuscular de: relajantes musculares no despolarizantes. Puede reducir excreción de: metotrexato, monitorizar nivel sérico. Lab: falso + de glucosa en orina con método de reducción del cobre y de test detección de Aspergillus (PLATELIA Aspergillus EIA)

### **Embarazo**

No se dispone de estudios adecuados. Atraviesan la barrera placentaria. Valorar riesgo/beneficio.

### **Lactancia**

No se dispone de estudios adecuados sobre su administración durante el período de lactancia. La piperacilina se excreta en bajas concentraciones en la leche materna.

### **Reacciones adversas**

Diarrea, náuseas, vómitos, exantema (incluyendo el maculopapular).

## **METRONIDAZOL**

### **Mecanismo de acción**

Antiinfeccioso antibacteriano y antiparasitario, posiblemente por interacción con el ADN.

### **Indicaciones terapéuticas y Posología**

Oral (durante la comida):

- Lambliasis (Giardiasis). Pacientes > 10 años: 2 g/día, 3 días ó 400 mg 3 veces/día, 5 días ó 500 mg 2 veces/día, 7-10 días; de 7-10 años: 1 g/día, 3 días; de 3-7 años: 600-800 mg/día, 3 días; de 1-3 años: 500 mg/día, 3 días. Expresado en p.c.: 15-40 mg/kg/día en 2- 3 dosis.
- Amebiasis intestinal y hepática. Pacientes > 10 años: 400-800 mg 3 veces/día; de 7-10 años: 200-400 mg 3 veces/día; de 3-7 años: 100-200 mg 4 veces/día; de 1-3 años: 100- 200 mg 3 veces/día. Duración del tto.: 5-10 días. Expresado en p.c.: 35-50 mg/kg/día en 3 dosis, sin exceder 2,4 g/día.
- Infección por anaerobios. Ads.: 500 mg/8 h. Niños > 8 sem - 12 años: 20-30 mg/kg/día como dosis única ó 7,5 mg/kg/8 h, 7 días. Niños < 8 sem: 15 mg/kg/día como dosis única ó 7,5 mg/kg/12 h.
- Tricomoniasis urogenital. Ads. y adolescentes: 2 g como dosis única ó 200 mg 3 veces/día, 7 días ó 400 mg 2 veces/día, 5-7 días. Niños < 10 años: 40 mg/kg como dosis única ó 15-30 mg/kg/día en 2-3 tomas durante 7 días. Máx. 2 g/día.
- Vaginosis bacteriana. Adolescentes: 400 mg 2 veces/día durante 5-7 días o 2 g como dosis única. Perfus. IV (3 0-60 mm):
- Infección por bacterias anaerobias: Bacterioides, Fusobacterium, Eubacterium, Clostridium y Peptostreptococcus anaerobius. Ads. y niños > 12 años: 500 mg/8h, máx. 7 días. Niños > 8 sem- 12 años: 20-30 mg/kg/día como dosis única ó 7,5 mg/kg/8h, 7 días. Niños < 8 sem: 15 mg/kg/día como dosis única ó 7,5 mg/kg/12 h.
- Prevención de infección postoperatoria por bacterias anaerobias, especialmente Bacterioides y Streptococcus anaerobius. Ads. y niños > 12 años: 500 mg preoperatoriamente o 1,5 g en una dosis antes, durante o después de la intervención quirúrgica. Cirugía colorrectal: 500 mg/8 h durante 24 h, comenzando antes de intervención, prorrogar 3-5 días si hay perforación de víscera hueca o apendicitis gangrenosa. Niños > 8 sem- 12 años: 20-30 mg/kg como dosis única 1-2 h antes de la cirugía. Recién nacidos < 40 sem: 10 mg/kg como dosis única antes de la operación.

**Modo de administración:**

Tomar durante las comidas.

**Contraindicaciones** Hipersensibilidad a imidazoles.

**Advertencias y precauciones**

I.R. reducir dosis, cuando no estén sometidos a diálisis, y monitorizar nivel sérico de metabolitos. Encefalopatía hepática. Enf. aguda o crónica grave del SNC o SNP, riesgo de empeoramiento neurológico. Si es preciso alargar el tto, valorar beneficio/riesgo, realizar determinaciones hematológicas, en especial recuento leucocitario, y vigilar por riesgo de neuropatías central o periférica. Oscurece la orina. Efecto antabús con alcohol, evitar. Evaluar uso en tto. prolongado. Fallo hepático en combinación con otros antibióticos.

**Insuficiencia hepática**

Precaución en encefalopatía hepática. Insuficiencia renal

Recomendable reducir dosis, cuando no estén sometidos a diálisis, y monitorizar nivel sérico de metabolitos.

**Interacciones**

Reacción psicótica con: disulfiram. Reduce el metabolismo hepático y potencia el efecto de: anticoagulantes orales (ajustar dosis y vigilar tiempo de protrombina).

Aumenta nivel plasmático de: litio (vigilar nivel litio, creatinina y electrolitos); ciclosporina (vigilar creatinina y nivel plasmático); busulfán (toxicidad severa aumento de eliminación y disminución de nivel plasmático por: fenitoína, fenobarbital.

Reduce aclaramiento y aumenta toxicidad de: 5- Fluorouracilo. I.V.: administración simultánea pero separada de otros antiinfecciosos para evitar incompatibilidad química.

**Embarazo**

Atraviesa barrera placentaria, no se dispone de datos para establecer su seguridad.

Valorar beneficio/riesgo.

**Lactancia**

El metronidazol se excreta en la leche humana por lo que debe evitarse su administración innecesaria durante el periodo de lactancia.

Efectos sobre la capacidad de conducir. Si aparece alguno de los síntomas siguientes, abstenerse de conducir o manejar maquinaria: confusión, vértigo, alucinaciones, convulsiones o trastornos oculares.

### **Reacciones adversas**

Dolor epigástrico, náuseas, vómitos, diarrea, mucositis oral, trastorno del sabor, anorexia, pancreatitis (reversible), decoloración de la lengua! lengua pilosa; angioedema, shock anafiláctico; neuropatía sensorial periférica, cefaleas, convulsiones, vértigo, encefalopatía, síndrome cerebeloso agudo, meningitis aséptica; trastorno psicótico, confusión, alucinación, comportamiento depresivo; trastornos transitorios de la visión, neuropatía óptica, neuritis; agranulocitosis, neutropenia, trombocitopenia; aumento de enzimas hepáticas (AST, ALT, fosfatasa alcalina), hepatitis colestásica o mixta y daño hepatocelular, fallo hepático; rash, prurito, sofocos, urticaria, erupciones pustulares, síndrome de Stevens-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica; fiebre.

## **METOCLOPRAMIDA**

### **Mecanismo de acción**

Antagonista de receptores dopaminérgicos D2 de estimulación quimioceptora y en el centro emético de la médula implicada en la apomorfina - vómito inducido.

Antagonista de receptores serotoninérgicos 5-HT<sub>3</sub> y agonista de los receptores 5-HT<sub>4</sub> implicados en el vómito provocado por quimioterapia.

### **Indicaciones terapéuticas**

En ads.: prevención de náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO), inducidos por radioterapia (NVIR) o retardados inducidos por quimioterapia (NVIQ) y tto. sintomático de náuseas y vómitos incluyendo los inducidos por migraña aguda; en niños y adolescentes de 1-18 años: como segunda línea de tto. en prevención de



náuseas y vómitos retardados en quimioterapia (NVIQ) y en tto. de náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO) (sólo vía IV).

### **Posología**

Ads.: 10 mg hasta 3 veces/día. Niños: 0,1-0,15 mg/kg de p.c. hasta 3 veces/día.

Duración máx. del tto. 5 días. Dosis máx. 0,5 mg/kg/día. I.R. o I.H. graves disminuir dosis.

**Modo de administración:** Administrar antes de las comidas.

**Contraindicaciones** Hipersensibilidad. Hemorragia gastrointestinal, obstrucción mecánica o perforación gastrointestinal. Antecedente de discinesia tardía por neurolépticos o metoclopramida. Feocromocitoma. Epilepsia. Parkinson. Combinación con levodopa o agonistas dopaminérgicos. Antecedente de metahemoglobinemia con metoclopramida o deficiencia en NADH citocromo b5 reductasa. Niños < 1 año por aumento del riesgo de reacciones extrapiramidales.

### **Advertencias y precauciones**

I.R. e I.H., reducir dosis. Riesgo de reacciones extrapiramidales en especial: niños y adolescentes. Respetar intervalo posológico (mín. 6 h) incluso en caso de vómitos y rechazo de dosis. Si se sospecha aparición de SNM, suspender tto. Tto. no superior a 3 meses por riesgo de discinesia tardía. Administrar iny. IV lenta mín. 3 min. Precaución en caso de administración IV a pacientes con mayor riesgo de reacciones cardiovasculares (pacientes de edad avanzada, alteraciones cardíacas, desequilibrio electrolítico no corregido, bradicardia o concomitancia con medicamentos que prolonguen el intervalo QT). Pacientes en enf. neurológicas subyacentes o en tto. con medicamentos que actúen en SNC.

Insuficiencia hepática Precaución. Reducir dosis. Insuficiencia renal Precaución.

Reducir dosis.

### **Interacciones**

Antagonismo mutuo con anticolinérgicos y derivados de morfina.

Efecto sedante potenciado por: alcohol, derivados de morfina, ansiolíticos, antihistamínicos HI sedantes, antidepresivos sedantes, barbitúricos, clonidina y relacionados.

Reduce biodisponibilidad de: digoxina, monitorizar concentración. Aumenta biodisponibilidad de: ciclosporina, monitorizar concentración.

Aumenta efecto (con aparición de alteraciones extrapiramidales) de: neurolépticos, ISRS.

Por vía IV, puede prolongar duración de bloqueo neuromuscular de: mivacurio, suxametonio.

### **Embarazo**

En caso de necesidad, valorar su uso en embarazo.

### **Lactancia**

La metoclopramida se excreta por la leche materna a un nivel bajo. No se pueden excluir reacciones adversas en el lactante. No se recomienda metoclopramida durante la lactancia. Se debe considerar la interrupción de metoclopramida en mujeres en periodo de lactancia.

**Efectos sobre la capacidad de conducir:** puede producir somnolencia, mareo, discinesia y distonías que podrían afectar a la visión y también interferir en la capacidad para conducir y utilizar máquinas.

### **Reacciones adversas**

Somnolencia, diarrea, astenia, trastornos extrapiramidales (al exceder la dosis recomendada), parkinsonismo, acatisia, depresión, hipotensión

## **RANITIDINA**

### **Mecanismo de acción**

Antagoniza los receptores H<sub>2</sub> de la histamina de las células parietales del estómago. Inhibe la secreción estimulada y basal de ác. gástrico y reduce la producción de pepsina.

### **Indicaciones terapéuticas y Posología**

- Úlcera duodenal activa: oral, 150 mg 2 veces/día o 300 mg por la noche, 4-6 sem. Mantenimiento para profilaxis de recidivas: oral, 150 mg por la noche.
- Úlcera gástrica activa benigna: oral, 150 mg 2 veces/día o 300 mg/24 h por la noche, 6 sem.
- Reflujo gastroesofágico, oral: 150 mg 2 veces/día o 300 mg por la noche, 6-8 sem (ó 12 sem si es preciso). Si es moderado/grave, puede aumentarse a 150 mg 4 veces/día, hasta 12 sem. Tto. Síntomas asociados: 150 mg 2 veces/día, 2 sem (hasta 4 sem si respuesta inicial no es adecuada).
- 5. Zollinger-Ellison: oral, inicial 150 mg 3-4 veces/día; se puede aumentar a 300 mg 4 veces/día; máx. 6 g/día.
- Prevención del s. de Mendelson: oral, 150 mg 2 h antes de anestesia general, y preferiblemente otros 150 mg la tarde anterior. Alternativa IM o IV lenta (mm. 2 mm): 50 mg 45-60 mm antes de la anestesia. Pacientes obstétricos: oral, 150 mg al comienzo del parto, siguiendo con 150 mg/6 h.
- Tto. de hemorragia esofágica y gástrica con hipersecreción y profilaxis de la hemorragia recurrente en pacientes con úlcera sangrante. Profilaxis de la hemorragia gastrointestinal debida a úlcera de estrés en enfermos graves: 50 mg IV lenta seguida de infus. IV continúa de 0,125 ó 0,250 mg/kg/h (la infus. IV de ranitidina se administra a razón de 25 mg/h durante 2 h que puede repetirse cada 6-8 h). Alternativa: 50 mg/6-8 h IM.

### **Niños:**

- De 3-18 años COfl p.c. > 30 kg, oral: tto. agudo de úlcera péptica, 4-8 mg/kg/día
- en 2 dosis, 4-8 sem; máx. 300 mg/día. Reflujo gastroesofágico: 5-10 mg/kg/día en
- 2 dosis; máx. 600 mg/día.

- De 6 meses a 2 años, tto. agudo de úlcera péptica y reflujo gastroesofágico, IV lenta (mm. 2 mm), máx. 50 mg/6-8 h.
- I.R.: reducir posología al 75% si Clcr = 10-50 ml/min; al 50% si Clcr < 10 ml/min. Pacientes con diálisis peritoneal crónica ambulatoria o hemodiálisis: 150 mg/día tras la diálisis.

### **Contraindicaciones**

Hipersensibilidad. Porfiria aguda.

### **Advertencias y precauciones**

I.R. moderada/grave, ajustar dosis. Descartar lesiones malignas. Evitar con antecedente de porfiria aguda por riesgo de aparición. En ancianos, con enf. Pulmonar crónica, diabetes o inmunocomprometidos puede aumentar el riesgo de desarrollar neumonía adquirida en la comunidad. Vigilar asociado con AINE en especial en ancianos y en sujetos con antecedente de úlcera péptica. En pacientes en estado crítico, comparado con sucralfato, aumenta complicaciones infecciosas por infección generalizada. IV: no exceder la velocidad de administración por riesgo de alteración del ritmo cardíaco; más de 5 días puede aumentar enzimas hepáticas. Niños, evaluar conveniencia, recién nacidos seguridad y eficacia no establecidas.

### **Insuficiencia hepática**

Precaución. Administración IV durante más de 5 días puede aumentar los enzimas hepáticos.

### **Insuficiencia renal**

Precaución con I.R. moderada/grave, reducir dosis. Pacientes con diálisis peritoneal crónica ambulatoria o hemodiálisis: 150 mg/día tras la diálisis.

### **Interacciones**

Disminuye absorción de: ketoconazol (administrar ranitidina mm. 2 h antes), atazanavir, delavirdina, gefitinib.

Aumenta la absorción de: triazolam, midazolam, glipizida.

Absorción disminuida por: antiácidos altamente neutralizantes administrados en ayunas, como hidróxidos de Al o Mg, espaciar 1 h; sucralfato a dosis altas (administrar 2 h después de ranitidina).

Modifica tiempo de protrombina con: anticoagulantes cumarínicos (warfarina), monitorizar.

A dosis elevadas reduce excreción de: procainamida, N-acetilprocainamida. Lab: interfiere con prueba de secreción ácida gástrica y con pruebas cutáneas con extractos de alérgenos, no tomar 24 h antes.

Falso + de prueba de proteínas en orina con Multistix (realizar con ác. sulfasalícico). Embarazo

Atraviesa barrera placentaria. Estudios de teratogénesis experimentales no permiten sospechar malformaciones en humanos, usar sólo si se considera esencial. Evitar en 1 trimestre.

### **Lactancia**

La ranitidina pasa a la leche materna. Se recomienda evitar la administración durante el periodo de lactancia, a menos que, a juicio del médico, se estime imprescindible. No puede excluirse una posible inhibición de la secreción gástrica en el neonato.

Efectos sobre la capacidad de conducir

Aunque no son de esperar efectos en este sentido, si se producen mareos, no se debe conducir ni utilizar maquinaria peligrosa.

### **Reacciones adversas**

Aumenta complicaciones infecciosas por infección generalizada en pacientes en estado crítico (comparado con sucralfato). Poco frecuentes: dolor abdominal, diarrea, estreñimiento, náuseas, vómitos, calambres abdominales.

## **LACTULOSA**

### **Mecanismo de acción**

Efecto osmótico y disminución del pH del lumen colónico por descomposición de lactulosa en ácidos orgánicos de peso molecular bajo.

### **Indicaciones terapéuticas y Posología**

Oral.

- Estreñimiento habitual y crónico. Ads.: inicial, 30 ml (20 g) en 2 tomas; mantenimiento:

15-30 ml (10-20 g)/día en 1 toma. Niños < 1 año: inicial (2 días) y mantenimiento:

5 ml (3,35 g)/día. Niños 1-6 años: inicial, 10 ml (6,7 g)/da, 2 días; mantenimiento:

5-10 ml (3,35-6,7 g)/día. Niños 7-14 años: inicial, 20 ml (13,4 g)/día, 2 días; mantenimiento: 10- 15 ml (6,7-10 g)/día.

- Ablandamiento de heces y facilitación de defecación en hemorroides, fisura anal,

fístulas, abscesos anales, úlceras solitarias y postcirugía rectoanal. Ads.: 15 ml (10

g) 1-3 veces/día, hasta la consistencia adecuada. Niños < 1 año: inicial y

mantenimiento, 5 ml (3,35 g)/día. Niños 1.6 años: inicial, 10 ml (6,7 g)/día;

mantenimiento: 5-10 ml (3,35-6,7 g)/día. Niños 7-14 años: inicial, 20 ml (13,4

g)/día; mantenimiento: 10-15 ml (6,7-10 g)/día.

- Tto. y prevención de encefalopatía hepática portosistémica. Ads.: inicial, 30-45 ml

(20-30,15 g) 3 veces/día; mantenimiento: fijar para conseguir un máx. de 2-3

deposiciones semisólidas/día. Niños: se calcula a partir de dosis ads.; dosis de mantenimiento, fijar para conseguir un máx. de 2-3 deposiciones semisólidas/día.

Rectal: enemas de retención, si es necesaria una acción más rápida: 300 ml de sol.

(201 g) en 700 ml de agua, administrar cada 4-6 h. Retener 3 0-60 mm (si se retiene menos de 30 mm, puede repetirse).

### **Modo de administración:**

Se puede diluir en agua u otro líquido apropiado como café, té, naranjada, etc.

### **Contraindicaciones**

Hipersensibilidad, galactosemia, obstrucción intestinal.

#### **Advertencias y precauciones**

Pacientes diabéticos (si se emplean dosis > de 45 mld ía). A dosis altas controlar niveles de electrolitos en sangre, especialmente en niños y ancianos. Evaluar clínica si síntomas persisten o empeoran tras 1 sem de tto.

#### **Interacciones**

Disminuye efecto de: mesalazina.

Efecto acidificante de heces contrarrestado por: antiácidos. En el embarazo puede utilizarse. Datos en número limitado de embarazos indican inexistencia de efectos adversos; estudios en animales demuestran ausencia de efectos. En la lactancia se desconoce si se excreta por la leche materna aunque dado el bajo nivel de absorción de lactulosa, su margen de seguridad es relativamente amplio. Por tanto, podrá ser utilizado en mujeres durante el periodo de lactancia.

#### **Reacciones adversas**

Meteorismo, flatulencia; con dosis elevadas dolor abdominal y diarrea.

## **GLUCONATO DE CALCIO**

#### **Indicaciones terapéuticas**

Tto. hipocalcemia aguda (tetania hipocalcémica). Restaurador electrolítico durante nutrición parenteral. Coadyuvante en reacciones alérgicas agudas y anafilácticas.

#### **Posología**

IV por iny. lenta. La velocidad de administración y dosis a administrar dependen del estado del paciente y de valores obtenidos en hemograma sérico. Ads.: inicial: 7-14 mEq de calcio. Tto. de tetania hipocalcémica: 4,5-16 mEq de calcio hasta obtener respuesta terapéutica. Niños: inicial: 1-7 mEq de calcio.

No superar 0,7-1,8 mEq de calcio/mm. El paciente estará acostado y se monitorizarán los niveles plasmáticos de calcio durante la administración. En perfus. diluida, la

administración no deberá exceder de 36 h de perfus. continua. Contenido total de Ca por ampolla de 10 ml: 4,6 mEq.

### **Contraindicaciones**

Hipersensibilidad, hipercalcemia, hipercalciuria, nefrocalcinosis, I.R. severa.

### **Advertencias y precauciones**

Sarcoidosis o I.R., mayor riesgo de hipercalcemia especial control. Puede agravarse la insuf. en pacientes con cálculos renales de Ca. Enf. cardíaca tratados con glucósidos digitálicos. Control periódico de niveles plasmáticos de Ca en los que reciban tto. concomitante de elevadas dosis de vit. D, ttos. prolongados con suplementos de Ca o I.R. Puede causar irritación en venas, evitar extravasación administrando lentamente a través de aguja pequeña y en vena grande. La administración rápida puede causar vasodilatación, disminución de presión sanguínea, bradicardia, arritmias cardíacas, síncope y paro cardíaco.

### **Insuficiencia renal**

Precaución. Ajustar dosis dependiendo de los niveles plasmáticos de calcio.

### **Interacciones**

Potencia efectos de: glucósidos cardíacos.

Ca y Mg antagonizan mutuamente sus efectos.

Lab: elevación en sangre de 11- hidrocorticosteroides (técnica de Glenn- Nelson).

Embarazo: No hay datos. Valorar riesgo/beneficio.

Lactancia: compatible. No se han descrito problemas.

### **Reacciones adversas**

Náuseas, vómitos, mareos, somnolencia, latidos cardíacos irregulares, bradicardia, vasodilatación periférica, FITA, necrosis tisular, sudoración, enrojecimiento cutáneo, rash o escozor en punto de iny., sudoración, sensación de hormigueo.



## SULFATO DE MAGNESIO

### Mecanismo de acción

El magnesio, catión principalmente intracelular, disminuye la excitabilidad neuronal y la transmisión neuromuscular. Interviene en numerosas reacciones enzimáticas. Es un elemento constitutivo; la mitad del magnesio del organismo se encuentra en los huesos.

### Indicaciones terapéuticas y Posología

Iny. IV. Ads:

- Tto. de la hipopotasemia aguda asociada a una hipomagnesemia: infus. IV de 24-32 mmol de catión Mg/día (6-8 g/día de sulfato de Mg)

- Aportes de magnesio durante el equilibrio electrolítico y la nutrición parenteral: infus. IV de 6-8 mmol/día de catión Mg (1,5 g-2 g/día de sulfato de Mg).

- Tto. preventivo y curativo de la crisis de eclampsia: infus. IV de 16 mmol de catión Mg (4 g de sulfato de Mg) durante 20-30 mm; si persiste, administrar otra infus. De 16 mmol. Dosis máx. acumulada: 32 mmol de catión Mg durante la 1 era hora (8 g de sulfato de Mg). Después, infus. continua de 8-12 mmol de catión Mg/li (2-3 g/h de sulfato de Mg) durante las 24 h posteriores a la última crisis.

Niños: 0,1-0,3 mmol/kg de catión Mg/día (25-75 mg/kg/día de sulfato de Mg).

### Contraindicaciones

Hipersensibilidad; I.R. grave (Clcr < 30 ml/mm); no se recomienda en asociación con derivados de la quinidina; taquicardia; insuf. cardiaca; lesión miocárdica; infarto; I.H.

### Advertencias y precauciones

Administrar a velocidad máx. 150 mg/mm de sulfato de Mg (0,6 mm de catión de Mg); controlar función renal, tensión arterial y magnesemia; reducir posología en I.R. leve-moderada; no administrar con sales de Ca; utilizar 'en situaciones de emergencia (no deficiencia de Mg leve-moderada) y suspender el tto. si aparece hipotensión, bradicardia, concentraciones séricas > 2,5 nmol/L o si desaparece el reflejo rotuliano (reflejo tendinoso profundo); miastenia gravis o síndrome de Eaton- Lambert.

Insuficiencia hepática Contraindicado. Insuficiencia renal Contraindicado en I.R. grave (Clcr <30 ml/min).

#### **Interacciones**

- Prolongación del bloqueo neuromuscular y riesgo de depresión respiratoria con: barbitúricos, opiáceos e hipnóticos.
- Precaución con glucósidos digitálicos. Embarazo

Puede causar anomalías en el feto cuando se administra más de 5-7 días para las mujeres embarazadas. No debe administrarse durante las 2 h previas al parto.

#### **Lactancia**

El sulfato de magnesio se excreta por la leche materna durante la administración parenteral. A falta de datos, suspender la lactancia durante el tratamiento.

#### **Reacciones adversas**

Pérdida de reflejos; hipotensión, rubor; sensación de calor, hipotermia y dolor en el punto de iny.; depresión respiratoria debido al bloqueo neuromuscular.

**Sobredosificación** Iny. IV de 1 g de gluconato cálcico.

### **GLUCONATO DE POTASIO**

#### **Mecanismo de acción**

El POTASIO es una sal natural importante para el funcionamiento normal del corazón, los músculos y los nervios. Se encuentra en muchos alimentos generalmente se suministra a través de una dieta equilibrada. Este medicamento se utiliza para tratar a los pacientes con niveles bajos de potasio.

#### **Indicaciones**

Tome este medicamento por vía oral con alimentos. Siga las instrucciones de etiqueta del medicamento. Utilice una cuchara o un recipiente dosificador especialmente marcado para medir la dosis de su medicamento. Las cucharas domésticas no son exactas. Antes de tomar el medicamento, mezclar la dosis en vaso de 3 a 4 onzas de

agua o jugo frío. Tome sus dosis a intervalos regulares. Tome su medicamento con una frecuencia mayor a la indicada. No deje de tomarlo excepto si así lo indica su médico.

Hable con su pediatra para informarse acerca del uso de este medicamento para niños. Puede requerir atención especial.

### **Efectos secundarios**

Efectos secundarios que debe informar a su médico o a su profesional de la salud tan pronto como sea posible:

- Reacciones alérgicas como erupción cutánea, picazón o urticarias, hinchazón de la cara, labios o lengua
- Heces de color oscuro o con aspecto alquitranado
- Acidez de estómago
- Pulso cardíaco rápido, irregular
- Hormigueo o entumecimiento de manos o pies
- Dolor, hormigueo, entumecimiento de las manos o pies
- Cansancio o debilidad inusual

Efectos secundarios que, por lo general, no requieren atención médica (debe informarlos a su médico o a su profesional de la salud si persisten o si son molestos):

- Diarrea
- Náuseas, vómito
- Gas de estómago

### **Interacciones**

No tome esta medicina con ninguno de los siguientes medicamentos:

- Eplerenona
- Sulfonato sódico de poliestireno

Esta medicina también puede interactuar con los siguientes medicamentos:

- Medicamentos para la presión sanguínea o enfermedad cardíaca, como lisinopril, losartán, quinapril, valsartán
- Medicamentos para resfríos o alergias

- Medicamentos para la enfermedad de Parkinson
- Medicamentos para el estómago, tales como metoclopramida, dicitlomina, glicopirrolato
- Los AINE, medicamentos para el dolor o inflamación, como ibuprofeno o naproxeno
- Algunos diuréticos

**Anexo 2**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA  
ESPECIALIDAD ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE  
CRÍTICO ADULTO**

**VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR DOMINIOS**

**NOMBRE DEL RESPONSABLE:** Adriana Rosario Salazar Sánchez

**FECHA:** 12/02/22

**DATOS GENERALES:**

Fecha de ingreso:..... 09/02/2022..... Hora de ingreso:.... 12:00 p.m.....

Forma de ingreso:Procedente de Sala de Operaciones.....

Antecedentes de Enfermedad y Quirúrgicas: No presenta

Ha sido hospitalizado: Si..... No...X..... Última fecha de hospitalización.....

HTA..... DM..... Gastritis Asma Neumonía..... TBC..... Otros...Ninguno.....

Intervenciones quirúrgicas: No presenta Ninguno.....

Procedimientos previos: ...Ninguno.....

Reacciones alérgicas: Si..... No.....X... Especifique.....

Procedimientos previos: .. Ninguno

Reacciones alérgicas: Si No.. X... Especifique

**DOMINIO 1:**

**PROMOCIÓN DE LA SALUD (toma conciencia de la salud y manejo de la salud)**

¿Reconoce que está enfermo y solicita ayuda? Sí..... No.....

Conoce sobre su enfermedad actual: Sí..... No.....

Factores de riesgo:

Uso de tabaco: Si..... No..... Frecuencia Consumo de alcohol: Si No Frecuencia.....  
Otros...No hay datos en la historia Clínica.....  
Se automedica: Si..... No..... qué medicinas?.....  
Medicación actual (dosis y frecuencia).....  
.....  
Cumple el tratamiento médico: Si..... No..... Porque.....

## **DOMINIO 2:**

### **NUTRICIÓN Ingestión, digestión, absorción, metabolismo, hidratación)**

Medidas antropométricas: Peso actual: 55Kg . talla actual: 1.65cm IMC 20,2...

Pérdida de peso: ¿Cuánto?.....En qué tiempo?.....

Apetito: Normal. Disminuido...x..... Exceso...

Dificultad para deglutir: Si.....x..... No.....

Alimentación: Oral.... SNG...x....SNY..... Gastrostomía..... Yeyunostomía.....

Nutrición parenteral..... 2:1...3:1...x... Por catéter venoso central.X...

Por cateter venoso periférico. Tipo de dieta: Hiperproteica Hiposódica Hipograsa Otra  
...Polimérica.....Líquida .....Tolerancia oral.....Otros.....Alitraq, Ensure,  
Enterex.....

Abdomen: blando depresible..... Distendida...x..... Globuloso...x... Ascítico.....  
Otros..... Piel-Coloración: Normal Pálida...x Ictérica Hematoma Otros.....

Hidratación: Seca..... Turgente...X... Integridad: Intacta... Lesiones Especificar:

Edema en extremidades.....

Dentadura: Completa...X... Incompleta..... Ausente .....Prótesis..... Caries  
dental...Lengua saburra...X..... Higiene: Buena..... Regular...x... Mala..... Lesiones

En boca: Si..... No.....X.....

Exámenes de laboratorio:

Hemoglobina.....10,6gr/dl Hematocrito....34%..... Albúmina... 1,8gr/dl

Plaquetas: 320 000 mm<sup>3</sup> Proteínas 3,1 gr/dl..... Glucosa... 198mg/dl

Electrolitos: .Na:169meq/l K:2,5meq/l HCO3:20,6 meq/l.....

Otros: creatinina:1,29mg/dl urea:42mg/dl Bilirrubina total: 1,5mg/dl

## **DOMINIO 3:**

### **ELIMINACIÓN (Sistema urinario, gastrointestinal, tegumentario, pulmonar)**

Vesical: anuria.....oliguria...X.....poliuria hematuria... /Sonda vesical...X...Talla vesical.....Otros..... Incontinencia.....X pañal..... colector oriNA..... Volumen/24horas...400ml..... BHE/24 horas..... (+) 3500..... Intestinal: deposición normal..... Estreñimiento...X... fecalomas.....diarrea..... melena.....Otros..... N° de deposición /día..... / Drenajes: Si...X...No.....Especifique tipo..... Dren laminar .....Características..... Ruidos hidroaéreos: Normal.....Aumentado.....Disminuido.....X..... Ausente.....Abdomen: Normal.....Distendido.....X...Timpánico..... 3 ..... Ascítico..... Tabla Masas.....hernias.....Fístula.....Colostomía..... Ileostomía..... Colostomía..... Drenajes: tubular.....X... Kher..... Otros.....Tórax: lesiones: Si.....No.....X..... Drenaje tórax: Si.....No X..... Neumotórax.....Hemitórax..... Secreciones traqueo bronquiales: Si...X.. No .... Características: purulentas en abundante cantidad..... Disnea...X... Cianosis..... Resultados de gasometría arterial: Oxigenación:PaO2 66mmHg.....PaO2/FiO2.....con F102=55%..... Ventilación: PaCO2: .39,9mmHg Equilibrio A-B:pH 7.30 PaCO2: 39,9mmHg.....HCO3: 20,6meq/l.....

**DOMINIO 4:**  
**ACTIVIDAD/REPOSO (reposo/sueño, actividad/ejercicios, equilibrio de la energía y respuesta cardiovascular/ respiratoria)**

Respuesta cardiovascular/respiratorias:  
 Problema para dormir: Si....No.... Especifique:.....  
 Duerme con pastillas: Si.....No..... ¿Cuales?.....  
 Despierta temprano : Si .....No..... ¿Por qué?.....  
 Uso de sedantes EV: cuales?...Midazolam 100mg..... horario..... Infusión continua:X..... Dosis: .....6cc/h.....

Actividad — Ejercicios:

Capacidad percibido por nivel:	Puntos a evaluar	0	1	2	3	4
Nivel 0: Completo autocuidado (independiente)	Tomar de alimentos					X
Nivel 1: Necesita uso de un equipo o dispositivo	Bañarse/aseo-personal					X
Nivel 2: Ayuda o supervisión de otra persona	Movilización en cama					X
Nivel 3: Ayuda de otra persona y de equipo	Deambula					X
3 Nivel 4: Dependiente totalmente	Eliminación					X

Marcha estable:.....Marcha con ayuda:.....Postrado: no se moviliza.....X.....se moviliza.....

Uso de: Bastón:..... Muleta:....Andador.... Silla de ruedas.....Otros.....

Función Sensitiva: Debilidad ..... Parestesias..... Hemiplejia..... Paraplejia.....

Fuerza muscular: Conservada:..... Disminuida:....X. Nula.....

Ayuda Respiratoria: Cánula binasal:... FiO<sub>2</sub>... Máscara reservorio FiO<sub>2</sub> .....Venturi:...

FiO<sub>2</sub> ..... TET: N°.....8... Nivel..... N° de días Traqueotomía:.....

Ventilación: No Invasiva. Invasiva...X.... Modo:....A/C....

Parámetros: FiO<sub>2</sub> 55% F.R...22. P.I... V.T 450ml P.S..... I: E .1:2. PEEP .5.....

(Valores del paciente: V.T. 320ml....V.m.... FRx 22..... SO<sub>2</sub> 92%. ETCO<sub>2</sub> ...) Fecha:....12/02/17.....

Actividad Circulatoria/riesgo periférico: Pulso regular:.....X. P. irregular..... P.pedio.....Periférico P. A. 110/70..... P.A.M. 83.....

Pulso poplíteo: Normal Ausente:..... Débil:....X .....

Extremidad superior D.....I..... Normal:....X..... Cianosis.....

Extremidad inferior D.....I..... Normal:....X .....Cianosis.....

Edema: Si:....X.... No:..... Especifique:..... Várices: Si.....No:....X.....

**DOMINIO 5:**  
**PERCEPCIÓN/DIAGNÓSTICO: (atención, orientación, sensación/, cognición y comunicación)**

Nivel de conciencia: Glasgow

Respuesta verbal		Respuesta ocular		Respuesta verbal	
Orientado	5	Espontaneo	4	Obedece	6
Confuso	4	A la voz	3	Localiza dolor	5
Palabras inapropiadas	3	Al dolor	2	Se retira	4
Sonidos incomprensibles	2	No responde	1	Flexión anormal	3
No responde	1			Extensión norma	2
				No responde	1
TOTAL		TOTAL		TOTAL	

Somnolieto:.....Soporoso:.....Comunicativo:....Evasivo:.....Especificar:....

.....

Visión: Normal:..... Disminuido:..... Audición: Normal:.....

Disminuido:.....  
Olfato: Normal:..... Disminuido:..... Gusto: Normal:.....  
Disminuido:.....  
Lenguaje: Normal:..... Afasia:..... Disartria:.....  
¿Conoce sobre su enfermedad actual? SI....NO.....Nota: Paciente bajo efectos de  
3 doanalgesia se evalúa con Escala RASS  
Sabe cómo cuidarse al salir de alta? SI.....NO.....

#### **DOMINIO 6:**

##### **AUTOPERCEPCIÓN: (Autoconcepto, autoestima, imagen corporal)**

Acepta su enfermedad: SI.....NO..... Acepta el cambio de su estado físico  
SI.....  
NO:.....  
3 Cuidado de su persona SI.... NO.... Especifique: .Paciente de dependencia V  
Tranquilo..... Introverso..... Extroverso..... Impaciente.....  
Positivo.....

#### **DOMINIO 7:**

##### **ROL/RELACIÓN: (roles de cuidar, relaciones familiares, desempeño de rol)**

Fuentes de apoyo: Propios: Pareja:.....Hijo.....Familiares.....amigos.....  
Otros:.....  
Estado civil:Casado:.....Con quien vive:.....Con su esposa.....  
Relación familiar: Adecuado.....X....Inadecuado:.....Conflictos familiares SI.....  
NO:.....X..... Especifique:.....  
Ocupación:.....Agricultor. Ingreso económico: Adecuado:.....Inadecuado:..X.

#### **DOMINIO 8:**

##### **SEXUALIDAD: (identidad sexual, función sexual, reproducción)**

Disfunción sexual: SI.....NO:.....  
Especifique:.....  
Problemas con su pareja: SI:..... NO:.....  
Especifique:.....

#### **DOMINIO 9:**

##### **AFRONTAMIENTO TOLERANCIA AL ESTRÉS: (respuesta postraumática, respuesta de afrontamiento y estrés neuro-comportamiento)**

Irritable:.....Agresivo:..... Triste:.....  
Otros:.....  
Reacción frente a su enfermedad: Acepta: Si:..... No:.....



Ansiedad:..... Preocupación:.....Indiferente:.....Otros: Paciente bajo efectos de sedoanalgesia no hay datos.....

**DOMINIO 10:**

**AFRONTAMIENTO TOLERANCIA AL ESTRÉS: (respuesta postraumática, respuesta de afrontamiento y estrés neuro-comportamiento)**

11

Religión:.....Su religión es importante en su vida?

Si:.....No:..... Por que?.....

Solicita visita de capellán

Si:.....No:.....

Influye su religión en el tratamiento médico Si:.....No:.....

Especifique:.....

¿Qué necesita para fortalecer su espiritualidad?.....

**DOMINIO 11:**

**SEGURIDAD Y PROTECCION: (Infección, Lesión física, Violencia, Peligros ambientales, Procesos defensivos y Termorregulación)**

Apósitos: secos y limpios:.....Hemáticos:.....Serohemáticos:.....X.....

Seroso:.....Bilioso:.....Otros:.....

Integridad dérmica:

Intacta:.....X.....Lesiones:.....

Especifique:.....

Úlceras por presión Si:.....No:.....X.....Especifique:.....

Indicadores	4	3	2	1	Escala de NORTON
Estado Físico	Bueno	Aceptable	Deficiente	Muy deficiente	Puntos de 5-9 Muy alto
Incontinencia	No	Ocasional	Habitual	Doble	Puntos de 10-12 alto riesgo
Movilidad	Deambula	Camina c/ ayuda	Sentado	Encamado	Puntos de 13-14 Riego Med
Actividad	Normal	Disminuida	Muy limitado	Inmovil	Puntos de 6 de 14 mínimo riesgo
Estado mental	Alerta	Apatico	Confuso	Estupor	

3  
Lengua saburra: Si:.....X... No:.....Mucosas: Secas.....  
Hidratadas:.....  
Lesiones Si:..... No:.....X.....  
Especifique:.....  
Catéteres invasivos: Periférica:.....CVC: ..X... CAF:.... Línea arterial:....  
Percutáneo: .....Ubicación:Subclavia derecha y región yugular interna  
3 Sonda Foley N°..... 16... Fecha inserción:... 12/02/17.... SNG N° 14. Fecha  
Lesión por rasurado: Si:... No:.. X.. Incapacidades:.... Ceguera:.....Demencia:.....  
Otros:.....Ninguna.....  
Vías aéreas permeables: Si.....No:.....X.....  
Secreciones:.....abundantes.....  
Características:.....purulentas amarillentas.....  
Dificultad para eliminarlas Si:.....X No:.....  
Reacción a medicinas Si:..... No:.....X.... ¿Cuáles?.....  
Rash cutáneo a material de látex: Si:... No:X.....  
Hipotermia:..... Hipertermia:..... X....

#### **DOMINIO 12:**

##### **CONFORT (Confort físico, confort ambiental, confort social)**

Dolor agudo: ...X.....Dolor crónico.....Características del dolor:  
Fasciculaciones: manifestaciones faciales.....  
Uso de analgésico.....Si..... ¿Cuáles?: Fentanilo infusión continua.....  
Escala del dolor.....EVA..... Pirosis:..... Náuseas:.....  
Recibe visita de familiares: Si:.....X..... No:..... Se siente:..... Solo Miedo a la  
soledad:.....  
Negatividad con los demás:..... No hay datos.....

#### **DOMINIO 13:**

##### **CRECIMIENTO Y DESARROLLO (Crecimiento y desarrollo)**

Desnutrición leve:.....Moderada:.....  
Severa:.....  
Aumento de masa corporal:.....Baja masa corporal:...Factores de riesgo:.....  
Pobreza..... Enfermedad..... Secuelas de una  
enfermedad.....  
Peso:..... Talla:.....  
Signos de incapacidad para mantener su desarrollo:  
Anorexia.....Fatiga.....  
Deshidratación: No hay datos significativos.



# CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON SHOCK SÉPTICO (FOCO ABDOMINAL) E INSUFICIENCIA RESPIRATORIA II

## INFORME DE ORIGINALIDAD

18%

INDICE DE SIMILITUD

19%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="http://www.scribd.com">www.scribd.com</a> Fuente de Internet	6%
2	<a href="http://id.scribd.com">id.scribd.com</a> Fuente de Internet	4%
3	<a href="http://repositorio.uigv.edu.pe">repositorio.uigv.edu.pe</a> Fuente de Internet	2%
4	Submitted to Universidad Jose Carlos Mariategui Trabajo del estudiante	1%
5	<a href="http://docplayer.es">docplayer.es</a> Fuente de Internet	1%
6	<a href="http://fr.scribd.com">fr.scribd.com</a> Fuente de Internet	1%
7	<a href="http://vsip.info">vsip.info</a> Fuente de Internet	1%
8	Submitted to Universidad Catolica De Cuenca Trabajo del estudiante	1%

9	<a href="http://polodelconocimiento.com">polodelconocimiento.com</a> Fuente de Internet	1 %
10	<a href="http://www.utmn.com.ve">www.utmn.com.ve</a> Fuente de Internet	1 %
11	<a href="http://doku.pub">doku.pub</a> Fuente de Internet	1 %
12	Submitted to Universidad Politécnica Estatal de Carchi Trabajo del estudiante	1 %
13	<a href="http://www.ctoenfermeria.com">www.ctoenfermeria.com</a> Fuente de Internet	1 %

Excluir citas      Activo

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía      Activo