

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



**Proceso de atención de enfermería a paciente con Shock séptico por
foco dérmico, Lima 2022**

Trabajo académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional
de Enfermería: Emergencias y Desastres

Por:

Judy Rebeca Illesca Pumarrumi

Asesora:

Dra. Lili Albertina Fernández Molocho

Lima, 14 de febrero de 2024

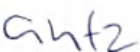
DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo Lili Albertina Fernández Molocho, docente de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: "PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON SHOCK SÉPTICO POR FOCO DÉRMICO, LIMA 2022" del autor Judy Rebeca Illesca Pumarrumi, tiene un índice de similitud de 20 % verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponde ante cualquier falsedad u omisión de los documentos como de la información aportada, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 09. días del mes de febrero del año 2024.

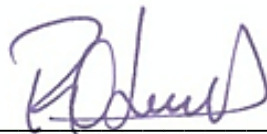

.....

Dra. Lili Albertina Fernández Molocho

**Proceso de atención de enfermería a paciente con Shock
séptico por foco dérmico, Lima 2022**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad
Profesional de Enfermería: Emergencias y Desastres



Dra. Roxana Obando Zegarra

Dictaminador

Lima, 14 de febrero de 2024

Tabla de Contenido

Resumen.....	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Metodología.....	6
Proceso de Atención de Enfermería.....	7
Valoración.....	7
Planificación.....	11
Ejecución.....	13
Evaluación.....	15
Resultados.....	16
Discusión.....	17
Deterioro del Intercambio de Gases.....	17
Disminución de Gasto Cardíaco.....	20
Conclusiones.....	26
Referencias.....	28
Apéndices.....	35

Proceso de atención de enfermería a paciente con Shock séptico por foco dérmico, Lima 2022

Lic. Judy Rebeca Illesca Pumarrumi^a Dra. Lili Albertina Fernández Molocho^b

^aAutor del Trabajo Académico, Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú

^bAsesora del Trabajo Académico, Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado, Lima, Perú

Resumen

El presente estudio fue aplicado a un paciente adulto de 61 años con diagnóstico de Shock séptico por foco dérmico que se encontraba hospitalizado en el Servicio de Emergencias. El objetivo fue gestionar el proceso de atención de enfermería a paciente con Shock séptico. Fue un estudio cualitativo, tipo caso único, que incluyó a paciente de 61 años de edad, en el que se siguió todas las etapas del proceso de Atención de Enfermería, para la valoración se aplicó una guía de valoración fundamentada en los patrones funcionales de Maryori Gordon, luego se formularon diagnósticos de enfermería de acuerdo a la taxonomía NANDA, y para planificar los cuidados de enfermería se empleó la taxonomía NOC, NIC, se continuo con ejecución y evaluación fue dada por la diferencia de puntuaciones final y basal respectivamente. Los diagnósticos prioritarios que fueron identificados son los siguientes: Deterioro del intercambio de gases, Disminución del gasto cardiaco y dolor agudo. En los resultados se obtuvo una puntuación de cambio de +1, +2y +2, como consecuencia de los cuidados. En conclusión, se gestionó el proceso de atención de enfermería lo que permitió brindar un cuidado de calidad a el paciente.

Palabras claves: Proceso de atención de enfermería, Sepsis, shock séptico, cuidados de enfermería.

Abstract

This study was applied to a 61-year-old adult patient with a diagnosis of septic shock due to a dermal focus and UTI who was hospitalized in the Emergency Department. The objective was to manage the nursing care process for a patient with pneumonia. It was a qualitative study, single case type, which included a 61-year-old patient, in which all the stages of the Nursing Care process were followed, for the assessment the Maryori Gordon assessment guide was applied, then the nursing diagnoses following the NANDA taxonomy, and to plan nursing care, the NOC, NIC taxonomy was used, continued with execution and evaluation was given by the difference in final and baseline scores, respectively. The priority diagnoses that were identified are the following: impaired gas exchange, decreased cardiac output, and acute pain. In the results, a change score of +1, +2 and +2 was obtained, subsequently improving with care. In conclusion, the process of nursing care in the patient was managed, which allowed providing quality care to the patient.

Keywords: Nursing care process, Sepsis, septic shock, nursing care.

Introducción

Según Málaga y Neira (2017) la Sepsis es un síndrome clínico caracterizada por una respuesta inflamatoria sistémica (SRIS), desencadenada por un proceso infeccioso, provocando un daño tisular y una respuesta de eventos que incrementa y generaliza la disfunción de varios órganos, y que a su vez es potencialmente letal. Este impacto en la salud pública ha causado que la Organización mundial de la salud (2017) reporte cada año, aproximadamente que unos 31 millones de personas presentan un episodio de sepsis, del total, 6 millones mueren a causa de sepsis severa o shock séptico.

Así mismo, Rudd et al. (2020) menciona que en Estados Unidos la sepsis es una de las enfermedades más costosas, reportando anualmente cerca de novecientos mil casos, evidencia que tiene tendencia hacia el incremento año tras año, considerándola una emergencia médica asociada con una alta mortalidad y discapacidad a largo plazo en los sobrevivientes.

Epidemiológicamente la sepsis y el shock séptico tienen una incidencia aproximada de 0.8/1000 en la población general, pero este número es mayor en los pacientes con factores de riesgo afirmando que la mortalidad puede llegar hasta el 10% si no son detectados a tiempo y se realiza un tratamiento precoz (Aprea et al., 2019).

En Quito, un estudio epidemiológico retrospectivo de seis años, de los 2 835 pacientes se identificaron: 15,1% con sepsis, 10% con sepsis grave y 64% con choque séptico. A los 28 días la mortalidad de los pacientes sépticos fue del 42,4% y a los 90 días del 47,5%. El estudio evidencio que la mortalidad a los 28 días y al llegar a los 90 días aumenta en un 5.1% (Ramos et al., 2018).

En el Perú, Vanegas (2019) realizó un estudio donde se evaluaron a 2238 pacientes, de los cuales 392 fueron diagnosticados con sepsis y shock séptico. Los resultados mostraron una incidencia del 17.51% y una mortalidad del 82,3%, encontrándose que las mujeres y adultos mayores son el grupo más afectado en este tipo de patologías.

La sepsis se conceptualiza como la respuesta inflamatoria sistémica a la infección en la que de acuerdo con los polimorfismos genéticos y su impacto en la inmunidad innata, se presentan diferentes patrones de evolución basados en las disfunciones endotelial, de coagulación y microcirculatoria, que son la esencia fisiopatológica de esta grave enfermedad y que se traducen en una pléyade de manifestaciones de acuerdo con su impacto en las funciones orgánicas (Carrillo et al., 2016).

Shock séptico es un subgrupo de sepsis de mayor gravedad en el que existe una afectación hemodinámica con hipotensión arterial, requiere administración de drogas vasoactivas o presenta hipoperfusión tisular a pesar de una adecuada expansión de volumen (Sánchez et al., 2021).

Ambas entidades no son estados aislados, sino que forman parte de un proceso complejo en el cual intervienen factores propios del huésped y factores propios de los microorganismos: liberación desequilibrada de mediadores inflamatorios, marcada vasodilatación sistémica, fenómenos de hipercoagulabilidad e hipoperfusión que conducen a una disfunción orgánica que puede conllevar la muerte (García et al., 2018).

Investigaciones actuales indican que existe una relación marcada entre la edad avanzada del paciente y la incidencia de shock séptico. Actualmente, el número de pacientes adultos mayores hospitalizados tienen como diagnóstico médico Sepsis. Siendo considerada la edad

avanzada como un factor de riesgo de contraer una infección nosocomial del torrente sanguíneo en el desarrollo de formas graves de sepsis (Banchón et al., 2020).

La evolución de esta patología inicia con síntomas clínicos sucesivos desencadenados por la respuesta inflamatoria sistémica secundaria a la activación de diferentes mediadores inflamatorios que conducen a la disfunción orgánica. Hay gran cantidad de evidencia sobre el papel de la endotoxina en la patogénesis de la sepsis y el papel fundamental que tiene en el inicio de la respuesta inflamatoria en la sepsis causada por microorganismos Gram-negativos. La activación de la cascada de coagulación en los pacientes con sepsis es parte de la respuesta inmunitaria adaptativa del huésped a la infección. El endotelio es el blanco principal en la sepsis, el cual es metabólicamente activo y puede responder a diversos estímulos fisiológicos y patológicos (activación endotelial) (Chiscano et al., 2022).

La recomendación para la evaluación de Sepsis es utilizar una herramienta de disfunción orgánica la cual es el SOFA, esta herramienta evalúa las siguientes funciones fisiológicas: respiración, coagulación, hepática, cardiovascular, sistema nervioso central y renal. El SOFA rápido (qSOFA), una evaluación abreviada de disfunción orgánica, se basa solo en tres variables: presión arterial sistólica, frecuencia respiratoria y mentalización (Banchón et al., 2020).

El tratamiento fundamental y crucial es la fluidoterapia, esto se realiza para poder estabilizar la presión arterial, evidente hiper o hipotensión. Dentro de los fluidos a utilizar se encuentran dos tipos: cristaloides y coloides. Los cristaloides tienen dentro de su composición gran parte de agua y el resto son sales minerales que se difunden con el disolvente, sin embargo los coloides son suspensiones de partículas sólidas muy finas que no logran difundirse con su

solvente, este tiene que atravesar una membrana porosa. La fluidoterapia es, por lo tanto, un elemento clave en el tratamiento de la sepsis, y su inicio inmediato en la resucitación precoz es imprescindible con el objetivo de restaurar el volumen intravascular para mejorar el gasto cardiaco y, por ende, la perfusión tisular (Borges et al., 2022).

El personal de enfermería del Servicio de Urgencias es el encargado de detectar los primeros signos y síntomas de sepsis y planificar las futuras intervenciones (Cabaleiro, 2018).

En el Proceso de Atención de enfermería, las intervenciones se enfocan a desarrollares aplicando el método científico. Este proceso comprende 5 fases: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Esta herramienta es un referente estándar para la práctica de la profesión según Asociación Americana de Enfermería (ANA). Su importancia es promover el desarrollo de la enfermería como una disciplina científica la cual incrementa la calidad de los cuidados tanto de la familia y comunidad. El profesional de Enfermería especialista en emergencias y desastres constituye el equipo multidisciplinario e indispensable para garantizar el derecho a la salud de la población (Amaro, 2017).

Metodología

El presente estudio es de enfoque cualitativo, tipo descriptivo siendo un caso clínico único, el sujeto de estudio fue una paciente adulta mayor de 61 años con Diagnóstico médico: Shock Séptico de foco dérmico. Seleccionada para el presente estudio. Se desarrollo el proceso de atención de enfermería cumpliendo sus cinco etapas, primero se recogieron los datos por medio de la valoración, siguiendo la guía de valoración de los 11 patrones funcionales de Maryori Gordon, luego se realizó un análisis crítico de los datos encontrados encontrándose ocho diagnósticos de enfermería, de los cuales se priorizaron tres. Se continuo con la planificación de

cuidados, teniendo como base la taxonomía NOC y NIC, para finalizar ejecutaron las intervenciones planeadas para luego ser evaluadas a través de la diferencia de puntuaciones final y basal de los resultados de enfermería.

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

Datos Generales.

Nombre: R.L.P

Sexo: F

Edad: 61 años

Días de atención de enfermería: 2

Fecha de valoración: setiembre 2021

Motivo de ingreso: Paciente ingresó al Servicio de Emergencia traída en camilla procedente de su casa. Refiere sensación de falta de aire fatiga al esfuerzo físico dolor punzante en la zona sacra y que hace 4 días presenta rinorrea y disminución del apetito.

Valoración por Patrones Funcionales.

Patrón I: Percepción- Control de la Salud. Paciente adulto mayor con antecedentes de osteoporosis, gastritis, paraplejia. LPP Grado III (Sacro) y anemia severa. En el 2015 se hospitaliza por presentar fractura de cadera derecha siendo intervenida quirúrgicamente de artroplastia de cadera derecha. En junio del 2021 presenta fractura de cadera izquierda, donde estuvo hospitalizada 21 días. Hija refiere que su madre no tiene alergias a medicamentos ni alimentos. No tenía ninguna dosis de la vacuna de COVID 19. Paciente presenta estado de higiene deficiente.

Patrón II: Nutricional metabólico. Paciente adulta mayor se encontraba adelgazada, peso aproximado 38 kg., talla 1.49 cm. IMC 17 (Desnutrición). Presenta piel pálida y fría, T° 35. °C axilar, glucosa 76mg/dl, Hb: 6mg/dl. Presenta edema ++ en miembro superior derecho, mucosas orales reseca con falta de piezas dentales., cabello reseco y pajizo. Familiar refiere que come poco y rechaza alimentos, prefiere líquidos en poca cantidad. Al ingreso al hospital se coloca sonda nasogástrica clampada para alimentación. Abdomen blando depresible con dolor en hipogastrio de intensidad leve, heridas en prominencia ósea de cadera cubierta con yelonet y gasa manchada con secreción seropurulenta. Presenta lesión por presión en región sacra grado III cubierta con apósitos manchados con secreción amarilla verdosa, mal oliente.

Patrón III: Eliminación. Familiar refirió que paciente hace deposiciones en pañal cada dos días, amarillo semilíquido en poca cantidad, micción en poca cantidad 150 ml en 12 horas, presentó oliguria. Se coloca sonda Foley, se evidenció orina colúrica en bolsa colectora.

Patrón IV: Actividad ejercicio.

Actividad Respiratoria. Paciente con FR: 28x, con disnea al esfuerzo, uso de músculos accesorios de la respiración, tos ineficaz, roncantes y secreciones en ambos campos pulmonares. Con apoyo ventilatorio por cánula binasal a 2 Lt x min, Sat O2: 93%. AGA: PH: 7.48, PCO2: 22, PO2: 92, HCO3: 16.4, Lactato: 1.4 (Alcalosis respiratoria compensada).

Actividad Circulatoria. Paciente presentó FC: 116x' pulso irregular, P.A: 80/40 mmhg, llenado capilar mayor de 3 segundos. Portadora de 2 vías periférica en ambos miembros superiores, perfundiendo por el MSD cloruro de sodio 0.9% 1000 ml a 30gts por min y el MSI Poligelina 250 ml STAT.

Capacidad de Autocuidado. Paciente con dependencia grado III. Fuerza muscular disminuida, movilidad conservada en miembros superiores y disminuida en miembros inferiores.

Patrón V: Reposo- Sueño. Paciente duerme durante el día solo se despierta al llamado.

Patrón VI: Perceptivo Cognitivo.

Paciente somnoliento, responde al llamado, desorientada en tiempo, espacio y persona, habla incoherencias, Escala de Glasgow 12. Pupilas isocóricas de 3.5 mm de diámetro. En las noches paciente se queja de dolor, presenta facies de dolor, Escala de dolor de Campbell: 6puntos.

Patrón VII: Autopercepción-autoconcepto. Paciente en momentos que se encuentra orientada, refiere temor a la muerte. Lloro constantemente y prefiere dormir más tiempo, “refiere me siento sola cuando se van de la casa”.

Patrón VIII: de Rol -Relaciones. Paciente se relaciona con su hija y nieta con quien vive. Pasa el mayor tiempo en compañía de su nieta. Recibe apoyo de sus familiares para su higiene. Recibe visitas de otros familiares.

Patrón IX: Sexualidad Reproducción. Paciente presentó secreciones vaginales, actualmente sin pareja sexual.

Patrón X: Afrontamiento Tolerancia al Estrés. Paciente refirió “no quiero morir”. Hija refiere estoy preocupada ya no puedo trabajar tengo que estar con mi madre todo el día no hay nadie más quien la vea.

Patrón XI: Valores y Creencias. Paciente bautizada en religión evangélica. De padres católicos. Refiere “creo en Dios” “parece que Dios se ha olvidado de mí”.

Diagnósticos de Enfermería Priorizados.

Primer Diagnóstico.

Etiqueta Diagnóstica. (00030) Deterioro del intercambio de gases.

Características Definitivas. Gasometría arterial anormal (PH: 7.48, PCO₂: 22 mmHg), disnea, taquipnea, somnolencia.

Factor Relacionado. Desequilibrio ventilación perfusión

Enunciado Diagnóstico. Deterioro del intercambio de gases relacionado desequilibrio ventilación perfusión evidenciado gasometría arterial anormal (PH: 7.48, PCO₂: 22 mmHg), disnea, taquipnea, somnolencia.

Segundo Diagnóstico.

Etiqueta Diagnóstica. (00029) Disminución del gasto cardiaco

Características Definitivas. Oliguria, llenado capilar mayor de 3 segundos, presión arterial 80/40 mmHg, palidez.

Factor Relacionado. Alteración de la poscarga

Enunciado Diagnóstico. Disminución del gasto cardiaco relacionado con alteración de la poscarga evidenciado por oliguria, llenado capilar mayor de 3 segundos, presión arterial 80/40 mmHg y palidez

Tercer Diagnóstico.

Etiqueta Diagnóstica. (00132) Dolor Agudo.

Factor Relacionado. Lesión por agentes biológicos.

Características Definitivas. Facies del dolor, expresión de dolor por la escala de Campbell: 6puntos, Taquicardia (116x' min)

Enunciado del Diagnóstico. Dolor agudo relacionado a lesión por agentes biológico evidenciado por facies del dolor y expresión de dolor por la escala de Campbell: 6puntos y taquicardia (116 x'min).

Planificación

Primer Diagnóstico. Deterioro del intercambio de gases.

Resultados esperados. NOC (0402) Estado respiratorio: intercambio gaseoso.

Indicadores.

- ✓ Presión parcial del dióxido de carbono en la sangre arterial (PaCO₂)
- ✓ pH arterial

- ✓ Disnea de esfuerzo.

Intervenciones de Enfermería. NIC(3302) Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva :

Actividades.

- ✓ Administrar oxígeno continuo no invasivo por CBN de 2 a 3 litros por minuto titulable según lo requiera
- ✓ Controlar los síntomas que indican un aumento del trabajo respiratorio (p. ej., aumento de la frecuencia cardíaca o respiratoria, hipertensión, diaforesis, cambios del estado mental).
- ✓ Controlar la evolución del paciente por medio análisis de gases arteriales diarios
- ✓ Administrar antibióticos, Clindamicina 600mg EV C /8horas
- ✓ Administrar Ciprofloxacino 400mg EV C /12 hr.

Segundo Diagnóstico. Disminución del gasto cardiaco.

Resultados Esperados. NOC (0401).Estado circulatorio.

Indicadores.

- ✓ Presión arterial diastólica y sistólica
- ✓ Relleno capilar
- ✓ Gasto urinario
- ✓ Palidez.

Intervenciones de Enfermería. NIC (4040) Cuidados cardiacos.

Actividades.

- ✓ Monitorizar los signos vitales con frecuencia.

- ✓ Administrar Poligelina 250 EV STAT y ClNa 9% 500cc a chorro luego a 30 cc/h
- ✓ Administrar Noradrenalina 4mg 2 ampollasen Dextrosa al 5% 100cc a 10cc/hr
- ✓ Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, relleno capilar, color y temperatura de las extremidades).
- ✓ Monitorizar el balance hídrico estricto (entradas/salidas).

Tercer Diagnóstico. Dolor agudo.

Resultados esperados. NOC (2102) Nivel del dolor.

Indicadores.

- ✓ Dolor referido
- ✓ Expresiones faciales del dolor
- ✓ Frecuencia cardíaca.

Intervenciones de Enfermería. NIC (1400) Manejo del dolor.

Actividades.

- ✓ Valorar las características del dolor: Localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como las causas que lo alivian y agudizan.
- ✓ Evaluar el dolor utilizando la escala Campbell conforme a la edad y a la capacidad de comunicación.
- ✓ Realizar cambios de posición antiálgica cada 4 horas.

Ejecución

Tabla 1

Ejecución de la intervención manejo de la ventilación mecánica: no invasiva para el diagnóstico deterioro del intercambio de gases

Intervención: Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva		
Fecha	Hora	Actividades
10/09/2021	M-T-N	Administrar oxígeno continuo no invasivo por CBN de 2 a 3 litros por minuto titulable según lo requiera
	M-T-N	Controlar los síntomas que indican un aumento del trabajo respiratorio (p. ej., aumento de la frecuencia cardíaca o respiratoria, hipertensión, diaforesis, cambios del estado mental).
	c/24 h	Controlar la evolución del paciente por medio análisis de gases arteriales diarios
	6-2-10 - 8-8	Administrar antibióticos, Clindamicina 600mg EV C /8horas Administrar Ciprofloxacino 400mg EV C /12 hr.

Tabla 2

Ejecución de la intervención cuidados cardiacos para el diagnóstico disminución del gasto cardiaco

Intervención: Cuidados cardiacos		
Fecha	Hora	Actividades
10/09/2021	M-T-N	Monitorizar los signos vitales con frecuencia.
	STAT	Administrar Poligelina 250 EV STAT y CIna 9% 500cc a chorro luego a 30 cc/h
	10 cc/h	Administrar Noradrenalina 4mg 2 ampollas en Dextrosa al 5% 100cc a 10cc/hr
	M -T-N	Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, relleno capilar, color y temperatura de las extremidades).
	M -T-N	Monitorizar el balance hídrico estricto(entradas/salidas).

Tabla 3

Ejecución de la intervención manejo del dolor para el diagnóstico dolor agudo

Intervención: Manejo del dolor		
Fecha	Hora	Actividades
10/09/2021	M-T-N	Valorar las características del dolor: Localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como las causas que lo alivian y agudizan.

M-T-N	Evaluar el dolor utilizando la escala de Campbell conforme a la edad y a la capacidad de comunicación.
c/4 horas	Realizar cambios de posición antiálgica cada 4 horas

Evaluación

Tabla 4

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado Estado respiratorio: intercambio gaseoso

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Presión parcial del dióxido de carbono en la sangre arterial (PaCO ₂)	3	4
pH arterial	3	4
Disnea de esfuerzo	3	4

La tabla 4 muestra que la moda de los indicadores del resultado Estado respiratorio: intercambio gaseoso seleccionados para el diagnóstico Deterioro del intercambio de gases antes de las intervenciones de enfermería fue de 3 (moderadamente comprometido), después de las mismas, la moda fue de 4 (levemente comprometido), corroborado por la ligera mejora de los valores PCO₂ Y PH y la presencia de disnea. La puntuación de cambio fue de 1.

Tabla 5

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado estado circulatorio

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Presión arterial diastólica y sistólica	2	4
Relleno capilar	2	4
Gasto urinario	2	4
Palidez	2	4

La tabla 5 muestra que la moda de los indicadores del resultado estado circulatorio seleccionados para el diagnóstico Disminución del gasto cardíaco antes de las intervenciones de enfermería fue de (sustancialmente comprometido), después de las mismas, la moda fue de 4 (levemente comprometido), corroborado por la ligera mejora de los valores de la presión arterial diastólica y sistólica, relleno capilar y gasto urinario. La puntuación de cambio fue de 2.

Tabla 6

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado nivel del dolor

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Dolor referido	2	4
Expresiones faciales del dolor	2	4
Frecuencia cardíaca	2	4

La tabla 6 muestra que la moda de los indicadores del resultado estado circulatorio seleccionados para el diagnóstico Disminución del gasto cardíaco antes de las intervenciones de enfermería fue de (sustancialmente comprometido), después de las mismas, la moda fue de 4 (levemente comprometido), corroborado por la ligera mejora del dolor evaluado, las expresiones faciales y frecuencia cardíaca. La puntuación de cambio fue de 2.

Resultados

En cuanto a la evaluación de la fase de valoración, establecer una relación entre enfermera y paciente permitió poder aplicar la valoración por patrones funcionales de forma correcta. La dificultad en esta fase se debió a que el paciente presentaba disnea a cualquier mínimo esfuerzo por lo que no podía hablar continuamente al realizarle la entrevista.

En la fase de diagnóstico, se pudo realizar el análisis de los datos encontrados, formulando seis diagnósticos de enfermería, de los cuales se priorizaron solo tres según riesgo de

vida. En esta etapa se tuvo cierta dificultad en diferenciar el primer diagnóstico de los diagnósticos debido a la necesidad de tener que trabajar los dos diagnósticos a la par para el beneficio del paciente.

La fase de la planificación se realizó teniendo en cuenta las taxonomías NOC y NIC. Se empleo un análisis adecuado que permitió encontrar los resultados que se relacionen a los diagnósticos planteados, de la misma forma se aplicó en cuanto a las intervenciones. La dificultad en esta fase fue colocar el puntaje a cada indicador de los resultados, tanto en su línea basal como en la evaluación final, debido a la subjetividad para dicha determinación.

En la fase de ejecución se llevó a cabo la planificación, no hubo mayores dificultades por la experticia en la realización de las actividades de cada intervención.

Por último, la fase de la evaluación permitió hacer la retroalimentación de cada una de las etapas durante el cuidado que se brindó a la paciente del presente estudio.

Las puntuaciones de cambio encontradas al finalizar la evaluación fueron +1, +2, +2 respectivamente para cada resultado.

Discusión

Deterioro del Intercambio de Gases

El deterioro del intercambio gaseoso es el estado en el que existe un exceso o déficit en la oxigenación o en la eliminación del dióxido de carbono a nivel de la membrana alveolocapilar (Herdman et al., 2021).

Fernández (2018) lo define como una la alteración inicial que consiste en la ocupación alveolar por edema rico en proteínas, lo que reduce la superficie alveolar disponible para el intercambio gaseoso.

De igual forma Santos et al. (2021) menciona que el deterioro del intercambio de gases se refiere a la disminución de flujo de oxígeno de los pulmones a la circulación sanguínea y la eliminación de dióxido de carbono de la sangre a los pulmones.

El aparato respiratorio tiene la función principal de realizar el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono, que al realizarse genera un perfecto equilibrio en el sistema respiratorio. Cuando se genera una falla en este proceso causa problemas en diferentes grados de intensidad. Por lo tanto, es imprescindible reconocer rápidamente las circunstancias que la produjeron, así como también los síntomas y signos que presenta el paciente para brindar una atención inicial rápida y apropiada (Gutierrez, 2017).

En el caso de paciente en estudio presento disnea, alteración en los gases arteriales, somnolencia. Las manifestaciones clínicas son evolutivas y pueden variar en función del tiempo, del microorganismo causal y de las características del propio paciente. Podemos resumir que todas ellas son consecuencia de alguno de los siguientes hechos: el foco infeccioso, el agente causal, la inflamación sistémica, la disfunción cardiovascular y la disponibilidad de oxígeno disminuida o el metabolismo tisular alterado. En cuanto a la respiración se puede observar taquipnea como forma de compensación de una acidosis metabólica. Los signos de dificultad respiratoria como disnea y alteración de gases arteriales pueden ser más perjudiciales. En casos más extremos, la disminución del nivel de conciencia puede condicionar que el paciente no sea capaz de mantener la vía aérea permeable (Sánchez et al., 2021).

En un proceso de atención de enfermería a un paciente con características similares a este caso de estudio se encontró que el primer diagnóstico prioritarios fue deterioro del intercambio de gases, asociada a cambios de la membrana alveolo capilar; manifestada por: disnea, color

anormal de la piel, confusión, diaforesis, disminución del nivel de dióxido de carbono, gasometría arterial anormal, hipoxemia, hipoxia, irritabilidad, patrón respiratorio anormal, pH arterial anormal, taquicardia (Estrada, 2020).

De igual forma fue en caso de estudio realizado en Madrid- España donde estudiaron a un paciente, al cual identificaron como primer diagnóstico prioritario a Deterioro del intercambio de gases relacionado a desequilibrio en la ventilación-perfusión evidenciado por alteración el gasometría arterial (Mencía y Ruiz, 2020).

Las actividades de enfermería ejecutadas fueron: Aplicar el dispositivo no invasivo cánula binasal asegurando un ajuste adecuado y evitar grandes fugas de aire, este dispositivo es de silicona o plástico, consta de dos tabuladoras que se ubican en la nariz. Permite un FiO₂ entre 24y 40%. Su uso debe ser regulado y titulable según la necesidad del paciente (Piréz, 2020).

Controlar los síntomas que indican un aumento del trabajo respiratorio (p. ej., aumento de la frecuencia cardíaca o respiratoria, hipertensión, diaforesis, cambios del estado mental) y controlar las actividades que aumentan el consumo de O₂ (fiebre, escalofríos, dolor o actividades básicas de enfermería) que pueden causar una desaturación de O₂, la fiebre tiene como consecuencia generar aumento del metabolismo, esto produce taquipnea y taquicardia , lo que aumenta la demanda periférica de oxígeno, de igual forma el dolor o hasta las pequeñas actividades; esto obliga a las personas, a estar quietas y sentadas; ligeramente inclinadas hacia adelante, usan la musculatura accesoria respiratoria para tratar de tomar aire (Guinart y López, 2018)

Es importante realizar constantes valoraciones de los parámetros ventilatorios programados en el ventilador mecánico con los resultados de cada análisis de gases arteriales,

para poder observar si existe alguna mejoría modificar los parámetros según lo requiera el paciente (Casas et al., 2018).

Administrar Clindamicina 600mg EV C /8horas, este medicamento es un antibiótico del grupo de los lincosánidos, derivado de la lincomicina. Su acción es predominantemente bacteriostática, aunque a dosis elevadas puede ser bactericida frente a organismos altamente sensibles, inhibe la síntesis de proteínas uniéndose a las subunidades 50S de los ribosomas bacterianos y evitando la formación de uniones peptídicas (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, 2018).

Administrar Ciprofloxacino 400mg EV C /12 hr, el cual actúa como agente antibacteriano perteneciente al grupo de las fluoroquinolonas, la acción bactericida de ciprofloxacino se debe a la inhibición tanto de la topoisomerasa de tipo II (ADN-girasa) como de la topoisomerasa de tipo IV, necesarias para la replicación, la transcripción, la reparación y la recombinación del ADN bacteriano (VADEMECUM, 2019).

Disminución de Gasto Cardíaco

La disminución del gasto cardíaco es el estado en que la cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo (Herdman et al., 2021).

De igual manera, González (2018) menciona que el gasto cardíaco o volumen minuto (VM) es la cantidad de sangre que bombea el corazón hacia la arteria aorta cada minuto. Se puede expresar como: $VM: \text{volumen de eyección (Ve)} \times \text{Frecuencia cardíaca (Fc)}$. (l/min).

También Aravena (2018) define el gasto cardiaco o volumen minuto (VM) como el volumen de sangre eyectado por los ventrículos hacia la aorta o tronco pulmonar en cada minuto.

Además, se entiende como la cantidad de sangre que fluye por la circulación en general y habla de la eficiencia de corazón como bomba.

La sepsis es un síndrome clínico caracterizado por alteraciones fisiológicas y bioquímicas desencadenadas por una infección y que generan una respuesta inmune inadecuada que acaba provocando alteraciones en la microcirculación y disfunción de órganos diana. Es habitualmente esta respuesta inmune desregulada, más que el propio microorganismo causante de la infección, la responsable de la mayoría de los efectos que desencadenan el fallo multiorgánico (Gómez, 2020).

Baique (2017) define como una disfunción orgánica potencialmente mortal, causada por una respuesta de la huésped desregulada a la infección. En términos convencionales, la sepsis es una afección potencialmente mortal que surge cuando la respuesta del cuerpo a una infección daña sus propios tejidos y órganos.

Añadido a esto, la sepsis desencadena un estado de hipoperfusión tisular grave originada por la respuesta inflamatoria sistémica de origen infeccioso. También se definió el shock séptico como el estado de hipotensión inducido por la sepsis, a pesar de un adecuado aporte de líquidos, junto con alteraciones en la perfusión tisular. La hipotensión se definió como una presión arterial sistólica < 90 mmHg o el descenso de ≥ 40 mmHg de la presión sistólica normal. Los trastornos de perfusión se definieron como el aumento del ácido láctico > 2 mEq/l, oliguria < 30 ml/hora, y trastornos mentales agudos, como agitación, obnubilación o confusión. En cuanto a los pacientes que, a pesar de estar tratarlos con fármacos vasoactivos y/o inotropos y estar normotensos, mantienen un trastorno de perfusión o fallo de algún órgano, se consideraran en situación de shock séptico (Valenzuela et al., 2019).

En el caso de estudio, el diagnóstico de disminución del gasto cardíaco se relaciona a la alteración de la poscarga, esta se define como la carga contra la que el corazón debe contraerse para expulsar la sangre. La poscarga es un determinante importante del gasto cardíaco para unas condiciones determinadas de contractilidad y precarga. Un incremento de la poscarga puede producir inestabilidad hemodinámica en pacientes con valvulopatías o miocardiopatías y, por el contrario, un descenso de la poscarga en situaciones como la sepsis puede originar una situación de hipoperfusión tisular grave (Ochagavía et al., 2018).

Los signos clínicos más comunes para su identificación son en orden de aparición: taquicardia, disminución del llenado capilar, disminución del gasto urinario y finalmente hipotensión arterial sistólica, el monitoreo del gasto cardíaco incluye la correcta interpretación y el análisis de los datos obtenidos con la valoración continua del paciente. En dicho análisis es indispensable tener en cuenta el valor normal de cada signo, el estado de desarrollo fisiológico y la capacidad de respuesta hemodinámica (Ramos, 2017).

Este problema es una complicación transitoria de un proceso patológico como en el shock séptico en que el gasto cardíaco es insuficiente para cumplir con los requisitos de suministro de oxígeno para la función metabólica. Un corazón sano puede ajustar el gasto cardíaco para satisfacer las necesidades de una mayor demanda (por ejemplo, cuando se está haciendo ejercicio), en cambio un corazón que ha padecido alguna enfermedad como sepsis, que altera la precarga, la poscarga o la contractilidad del miocardio puede afectar la capacidad del corazón para proporcionar una cantidad adecuada de gasto cardíaco (Rodríguez et al., 2020).

En general, los pacientes con bajo gasto cardíaco, independiente de su origen, tienen una inestabilidad hemodinámica, situación que agrega gran complejidad al cuidado de enfermería del

paciente en estado crítico. Es indispensable para la enfermera conocer la respuesta adaptativa en el modo fisiológico del paciente pediátrico en estado crítico para comprender y predecir con mayor precisión el efecto de las intervenciones de cuidado que planee para este grupo de pacientes (Ramos y Guáqueta, 2017).

Las intervenciones de enfermería ejecutadas fueron: Monitorizar los signos vitales con frecuencia, aun con un monitoreo continuo y tecnológicamente eficiente del gasto cardiaco, es necesario recurrir a la valoración frecuente del paciente para la identificación de signos clínicos de alarma, estos son la taquicardia, hipotensión, pulsos débiles, piel fría, pálida y marmórea, llenado capilar lento, oliguria o anuria (Ramos, 2017).

También es importante administrar tratamiento si la presión arterial sufre alteraciones, en el caso del paciente se indicó administrar Poligelina 250 ml STAT, la cual es una solución coloidal al 3,5 por ciento que contiene péptidos polimerizados con enlaces cruzados de urea. Tiene un peso molecular de aproximadamente 35.000 Da y se prepara a partir de gelatina y electrólitos. La solución polimérica se emplea como expansor del plasma. Luego se continuo con ClNa 9% el cual es pertenece al grupo de medicamentos denominados soluciones electrolíticas. Se utiliza como aporte de electrolitos en los casos en los que exista deshidratación con pérdidas de sales (MINSa, 2018).

Administrar Noradrenalina 4mg 2 ampollas en Dextrosa al 5% 100cc a 10cc/hr, este medicamento es empleado como vasopresor, siendo aceptado su uso en el tratamiento de estados de hipotensión aguda, el cual permite la estabilización de la presión arterial (Agencia Española de Medicamentos y productos Sanitarios, 2021)

Por último, se debe monitorizar el equilibrio hídrico (entradas/salidas) para realizar el cálculo de los líquidos que debe recibir el paciente pediátrico prematuro, es por esto que es indispensable realizar un balance hídrico estricto (Instituto Mexicano del Seguro social, 2018).

Dolor agudo

El dolor agudo hace referencia a una experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible, y con una duración inferior a 3 meses (Herdman et al., 2021). El dolor es la causa más frecuente de consulta médica. La asociación Internacional para el estudio del dolor definió como una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial (Puebla, 2018).

Es importante la utilización de herramientas para valorar el dolor, estas pueden ser la persona, la familia o cuidadores. Se debe tener en cuenta que no todos los pacientes son capaces de hablar de su dolor, es por esto por lo que la correcta valoración del dolor podrá permitir escoger la forma correcta de intervención.

Para valorar el dolor del paciente se debe iniciar por permitir la expresión verbal de este, si la persona no es capaz de expresarse, se puede utilizar escalas del dolor de acuerdo a la edad del paciente o evaluar facies o muecas de dolor, añadido a esto se debe considerar los signos vitales como la frecuencia cardiaca, presión arterial y la frecuencia respiratoria quienes muchas veces se ven alterados en casos de dolor (Registered Nurses' Association of Ontario, 2017).

Los factores influyentes en el dolor son biológicos, químicos, físicos y psicológicos, los cuales interactúan entre sí e intervienen en las dimensiones de los síntomas. Los biológicos están

relacionados con los sistemas orgánicos normales, las patologías y los niveles de nutrición, entre otros. Los psicológicos se asocian con el estado anímico, la personalidad y el grado de ansiedad. Los situacionales se relacionan con las experiencias personales, el estilo de vida y el apoyo social (Achury, 2018).

En el caso de estudio el dolor agudo que padece el paciente es relacionado a un factor biológico, el cual es la lesión por presión que tiene en la zona sacra y en la cadera.

Existen estudios que identifican al dolor agudo como problema real principal en un caso clínico, tal es el caso de Marín et al. (2021) formuló 4 diagnósticos, siendo el primer diagnóstico priorizado el dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos evidenciado por expresión verbal y gesticular del dolor.

De igual forma sucedió en el PAE realizado por Reinado (2021) aplicado a paciente con diagnóstico y signos y síntomas similares al paciente en estudio, quien desarrollo 5 diagnósticos de enfermería, de los cuales uno de los prioritarios fue dolor Agudo relacionado con enfermedad evidenciado por angustia, posición antiálgica para evitar el dolor, sudoración, náuseas y vómitos.

En el caso de estudio , el dolor agudo se presenta debido a la lesión por presión de grado III en la zona sacra, la importancia de las UPP radica en la gravedad de sus complicaciones, dolor, infección, sepsis y aumento de la mortalidad; aumento de los días de estancia de un paciente hospitalizado, demanda de mayor cantidad de personal de enfermería, así como el gasto sanitario, que se eleva hasta cinco veces en comparación con los pacientes que no presentan UPP, aunado al incremento de tiempo requerido de cuidados, con el consiguiente aumento de la carga de trabajo de enfermería (Mijangos et al., 2016).

Las intervenciones de enfermería se centran en el manejo del dolor, iniciando con la correcta valoración del dolor, este puede estar manifestado por las expresiones faciales, las cuales brindan mucha información y son muy significativas frente al dolor que pueden estar presentando los pacientes. Mientras tanto para la escala de Campbell se utiliza para medir el grado del dolor que manifiesta el paciente cuando este no pueda verbalizarlo (Herrero et al., 2018).

Por otro lado, es clave la movilización, la cual ayuda a prevenir la aparición de UPP y evita la presión y dolor constante en la zona lesionada. Se debe cambiar de postura al individuo aproximadamente cada cuatro horas, desde decúbito supino hasta decúbito lateral (ambos lados). Se complementa con la colocación de sábanas extendidas sin arrugas, almohadas, rodillos, toallas y férulas debajo de las articulaciones, así como con movimiento de las articulaciones a un ritmo lento (Mijangos et al., 2016).

Conclusiones

El proceso de atención de enfermería aplicado en sus cinco etapas fue de beneficio para mejorar la evolución del paciente adulto mayor.

Se pudo reconocer la importancia de la labor del profesional de enfermería especialista en Emergencias y Desastres al brindar atenciones oportunas al paciente durante su estancia hospitalaria.

Es de suma importancia que los profesionales de enfermería tengan conocimiento y manejo de las taxonomías NANDA, NOC, NIC, a fin de manejar un mismo lenguaje contribuyendo a estudios similares al presentado.

Referencias.

- Achury, D. (2018). Dolor: la verdadera realidad. *Aquichan*, 8(2), 146–158.
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/132/265>
- Agencia Española de Medicamentos y productos Sanitarios. (2021). *Noradrenalina* (pp. 1–9).
https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/62002/FT_62002.pdf
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. (2018). *Clindamicina* (pp. 1–10).
http://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/63669/63669_ft.pdf
- Amaro, M. del C. (2017). El método científico de enfermería, el Proceso de Atención, y sus implicaciones éticas y bioéticas. *Revista Cubana de Enfermería*, 20(1), 1–1.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0864-03192004000100010yln=esynrm=isoytln=es
- Apra, V., Cairoli, H., Echave, C., y Ibarra, M. (2019). Detección precoz y manejo inicial de la Sepsis y el Shock Séptico. *Revista Pediátrica Elizalde*, 10, 58–60.
https://apelizalde.org/revistas/2019-ARTICULOS/RE_2019_PP_6.pdf
- Aravena, F. (2018). Fundamentación del diagnóstico enfermero: Disminución del gasto cardiaco al paciente con Insuficiencia Cardiaca Izquierda. [Universidad Autónoma de San Luis de Potosí]. En *Universidad Autónoma de San Luis de Potosí* (Vol. 3, Número 2).
http://journal.stainkudus.ac.id/index.php/equilibrium/article/view/1268/1127%0Ahttp://publicacoes.cardiol.br/portal/ijcs/portugues/2018/v3103/pdf/3103009.pdf%0Ahttp://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0121-75772018000200067yln=enytnl=
- Baique, P. (2017). Sepsis en pediatría: nuevos conceptos. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(3), 333–342. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttextpid=S1025-

55832017000300014ylang=es%0Ahttp://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v78n3/a14v78n3.pdf

Banchón, J., Camacho, D., Fernández, C., y Villacís, J. (2020). Conceptos actuales de sepsis y shock séptico. *Journal of America health*, 3(2), 102–116.

<https://doi.org/10.37958/jah.v3i2.38>

Borges, M., Salaverría, I., y Couto, A. (2022). Fluidoterapia en la sepsis y el shock séptico.

Medicina Intensiva, 46, 14–25. <https://doi.org/10.1016/J.MEDIN.2022.03.012>

Cabaleiro Lopez, S. (2018). Sepsis: actuación de enfermería en urgencias. A proposito de un caso. *Medicine (Spain), Universidad de Valladolid.*, 13(3), 1–38.

[http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/349/1735%0Ahttp://repositorio.utp.edu.co/dspace/handle/11059/6214%0Ahttp://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/10882/1/SILVA CORREA LUCERO](http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/349/1735%0Ahttp://repositorio.utp.edu.co/dspace/handle/11059/6214%0Ahttp://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/10882/1/SILVA%20CORREA%20LUCERO)

[MARIBEL.pdf%0Ahttp://www.scielo.br/pdf/ein](http://www.scielo.br/pdf/ein)

Carrillo, R., Peña, C., y Sosa, J. (2016). Sepsis de las bases moleculares a la campaña para incrementar la supervivencia. En *Pediatric* (1ra ed.). Intersistemas S.A. de C.V.

https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CANivANM150/L31_ANM_SEPSIS.pdf

Casas, C., Contreras, E., Zuluaga, S., y Mejía, J. (2018). Diagnóstico y manejo de la insuficiencia respiratoria aguda. *Neumología y cirugía de tórax*, 67(1), 24–33.

<http://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2008/nt081e.pdf>

Chiscano, L., Plata, E., Ruiz, J., y Ferrer, R. (2022). Fisiopatología del shock séptico. *Medicina Intensiva*, 46, 1–13. <https://doi.org/10.1016/J.MEDIN.2022.03.017>

Estrada, G. (2020). Plan de Cuidados de Enfermería Para pacientes adultos con COVID-19 hospitalizados. En *Instituto Mexicano del Seguro Social*.

[http://educacionensalud.imss.gob.mx/es/system/files/PLACE
COVID_Hospitalización_VF_27_04_2020.pdf](http://educacionensalud.imss.gob.mx/es/system/files/PLACE_COVID_Hospitalización_VF_27_04_2020.pdf)

- Fernández, R. (2018). Fisiopatología del intercambio gaseoso en el SDRA. *Medicina Intensiva*, 30(8), 374–378. [https://doi.org/10.1016/s0210-5691\(06\)74551-x](https://doi.org/10.1016/s0210-5691(06)74551-x)
- García, M. A., Iglesias, J. C. F., Rotaecche, A. A., y Sánchez, M. S. (2018). Bacteriemia, sepsis y shock séptico. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(52), 3066–3075. <https://doi.org/10.1016/J.MED.2018.03.012>
- Gómez, B. (2020). Borja Gómez Cortés Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Cruces. Vizcaya. *Asociación Española de Pediatría*, 1, 153–166. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/12_sepsis.pdf
- González, J. (2018). Medición invasiva del gasto cardíaco en las unidades de cuidados críticos. *Enfermería en Cardiología*, 38, 30–38. <https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/3804.pdf>
- Guinart, N., y López, J. (2018). ¿Qué sabemos de la fiebre. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 13(2), 159–165. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000200010&lng=es&synrm=1&isoytlng=es
- Gutierrez, F. (2017). Insuficiencia respiratoria aguda. *Acta medica Peruana*, 66(1), 40–47. <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v27n4/a13v27n4>
- Herdman, H., Kamitsuru, S., y Takao, C. (2021). *Diagnósticos de Enfermería NANDA 2021-2023* (ELSEVIER (ed.); 11° Edición).
- Herrero, V., Delgado, S., Brandrés, F., Ramírez, M., y Capdevila, L. (2018). Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Rev Soc Esp Dolor*, 25(4), 228–236.

<https://doi.org/10.20986/resed.2018.3632/2017>

Instituto Mexicano del Seguro social. (2018). *Guía de Referencia Rápida. Manejo de Líquidos y Electrólitos en el Recién Nacido Prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. GPC*. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/548GRR.pdf>

Málaga, G., y Neira, E. (2017). Sepsis-3 y las nuevas definiciones, ¿es tiempo de abandonar SIRS? *Acta Med Peru*, 33(3), 217–239.

<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v33n3/a08v33n3.pdf>

Marín, L., Bretón, S., Hernandis, R., Parra, D., Plumed, M., y Yague, R. (2021). Plan de cuidados de enfermería en un paciente con cólico renal. *Revista Sanitaria de Investigación*. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/a-proposito-de-un-caso-plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-un-paciente-con-colico-renal/>

Mencía, S., y Ruiz, M. (2020). Report of a case of coronavirus infection in a renal transplant recipient. *Enfermería Nefrológica*, 23(3), 294–302. <https://doi.org/10.37551/S2254-28842020031>

Mijangos, A., Puga, C., Guillén, L., y Zúñiga, I. (2016). El manejo de las úlceras por presión: intervenciones encaminadas a un oportuno manejo hospitalario. *Evid Med Invest Salud*, 8, 77–83. <https://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2015/eo152e.pdf>

MINSA. (2018). *Poligelina o Gelatina succinilatada (con o sin potasio) Inyectable 3,5% ó 4%*. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. [http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Poligelina_o_gelatina_succinilatada\(con_o_sin_potasio\).pdf](http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Poligelina_o_gelatina_succinilatada(con_o_sin_potasio).pdf)

Ochagavía, A., Zapata, L., Carrillo, A., Rodríguez, A., Guerrero, M., y Ayuela, J. M. (2018).

- Evaluación de la contractilidad y la poscarga en la unidad de cuidados intensivos. *Medicina Intensiva*, 36(5), 365–374. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2012.02.010>
- Organización mundial de la salud. (2017). *Mejora de la prevención, el diagnóstico y la atención clínica de la septicemia* (Vol. 315, Número 8, pp. 1–7). World Health Organization. <https://www.paho.org/es/documentos/a70aconf11-resolucion-asamblea-mundial-salud-mejora-prevencion-diagnostico-atencion>
- Piréz, C. (2020). Oxigenoterapia. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 91(1), 10–12. <https://doi.org/10.31134/AP.91.S1.1>
- Puebla, F. (2018). Dolor Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS. Dolor iatrogénico. *Oncología*, 28(3), 139–143. <https://scielo.isciii.es/pdf/onco/v28n3/06.pdf>
- Ramos, E., Cevallos, C., Herdoíza, A., Gabela, M., Ruiz, J., y Betancourt, L. (2018). Perfil demográfico y epidemiológico de la sepsis en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín . *Cambios rev. méd*, 17(1), 36–41. <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/zywpt>
- Ramos, J. (2017). Síndrome de bajo gasto cardiaco en el niño en estado crítico, consideraciones para enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 22(3), 115–121.
- Ramos, J., y Guáqueta, S. (2017). Respuesta adaptativa del niño con síndrome de bajo gasto cardiaco a los cambios de posición en la unidad de cuidado intensivo pediátrico. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 16(2), 114. <https://doi.org/10.11144/javeriana.ie16-2.rans>
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2017). *Valoración y manejo del dolor* (Tercera ed). RNAO. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2015_-_BPG_Pain_16_01_2015_-

_3rd_Edition.pdf

- Reinado, L. (2021). Plan de cuidados enfermero a paciente con litiasis renal. *Revista Electrónica de PortalesMedicos*, XVI(24). <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-enfermero-a-paciente-con-litiasis-renal/>
- Rodríguez, L. M., López, M., López, M., y Cepeda, D. (2020). Causas del síndrome de bajo gasto cardiaco en pediatría. *Recimundo*, 4(4), 250–260.
[https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(4\).octubre.2020.250-260](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(4).octubre.2020.250-260)
- Rudd, K., Johnson, S., Agesa, K., Shackelford, K., Tsoi, D., Kievlan, D., Colombara, D., Ikuta, K., Kissoon, N., Finfer, S., Fleischmann-Struzek, C., Machado, F., Reinhart, K., Rowan, K., Seymour, C., Watson, R. S., West, T. E., Marinho, F., Hay, S. I., ... Naghavi, M. (2020). Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990–2017: analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 395(10219), 200–211.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32989-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32989-7)
- Sánchez, J., De Carlos, J., y Gil Antón, J. (2021). Diagnóstico y tratamiento del shock séptico y de la sepsis asociada a disfunción orgánica. *Protoc diagn ter pediatr*, 1(1), 585–610.
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/42_shock_septico_disfuncion_organica.pdf
- Santos, L., Gómez, L., Arias, A., y Quevedo, J. (2021). Deterioration of gas exchange in subjects with an increase in body mass index at an altitude of 2,240 meters above sea level. *Archivos de Cardiología de Mexico*, 91(1), 7–16. <https://doi.org/10.24875/ACM.20000407>
- VADMECUM. (2019). *Ciprofloxacino*. <https://www.vademecum.es/principios-activos-ciprofloxacino-j01ma02>

Valenzuela, F., Bohollo, R., Monge, I., y Gil, A. (2019). Shock séptico. *Medicina Intensiva*, 29(3), 192–200. <https://www.medintensiva.org/es-pdf-13074192>

Vanegas, A. (2019). *Incidencia de Sepsis y Shock Septico en pacientes del servicio de Medicina Varones y Mujeres en el Hospital Regional III-1 Honorio Delgado de Arequipa en el Año 2018* [Universidad Católica de Santa María].

<http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/8700/70.2444.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Apéndices

Diagnóstico Enfermero	Planeación				Ejecución			Evaluación	
	Resultados e indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones /Actividades				Puntuación final	Puntuación de cambio
Deterioro del intercambio de gases relacionado desequilibrio ventilación perfusión evidenciado gasometría arterial anormal (PH: 7.48, PCO2: 22 mmHg), disnea, taquipnea, somnolencia.	Resultado: Estado respiratorio: intercambio gaseoso (0402). NOC (pág. 372)	3	Mantener en	Intervención: Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva Código: (3302). NIC: (Pág. 295).				4	+1
			Aumentar a:						
	Escala: Desviación grave del rango normal(1) sin desviación del rango normal(5)			Actividades:					
	Indicadores								
	Presión parcial del dióxido de carbono en la sangre arterial (PaCO2)	3		Administrar oxígeno continuo no invasivo por CBN de 2 a 3 litros por minuto titulable según lo requiera	M	T	N	4	+1
				Controlar los síntomas que indican un aumento del trabajo respiratorio (p. ej., aumento de la frecuencia cardíaca o respiratoria, hipertensión, diaforesis, cambios del estado mental).	M	T	N	4	+1
	pH arterial	3		Controlar la evolución del paciente por medio análisis de gases arteriales diarios	M			4	+1
	Disnea de esfuerzo	3							
Somnolencia	3		Administrar Ciprofloxacino 400mg EV C /12 hr.	8		8	4	+1	
			Administrar antibióticos, Clindamicina 600mg EV C /8horas	6	2	10			

Apéndice A: Planes de Cuidado

Diagnóstico enfermero	Planeación			Intervenciones /Actividades	Ejecución			Evaluación	
	Resultados e indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana					Puntuación final	Puntuación de cambio
Disminución del gasto cardiaco relacionado con alteración de la poscarga evidenciado por oliguria, llenado capilar mayor de 3 segundos, presión arterial 80/40 mmHg y palidez	Resultado: Estado circulatorio NOC (0401)	2	Mantener en: Aumentar a:	Intervención: Cuidados cardiacos Código NIC: (4040).	M	T	N	4	+2
	Escala: Desviación grave del rango(1) Sin desviación del rango normal (5)			Actividades:					
	Indicadores								
	Presión arterial diastólica y sistólica	2	4	Monitorizar los signos vitales con frecuencia.	M	T	N	4	+2
	Relleno capilar	2	4	Administrar Poligelina 250 EV STAT y ClNa9% 500cc a chorro luego a 30 cc/h	M	T	N	4	+2
				Administrar Noradrenalina 4mg 2 ampollasen Dextrosa al 5% 100cc a 10cc/hr	10cc/h	10cc/h	10cc/h	4	+2
	Gasto urinario	2	4	Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, relleno capilar, color y temperatura de las extremidades).	M	T	N	4	+2
	Palidez	2	4	Monitorizar el balance hídrico estricto(entradas/salidas).	M	T	N	4	+2

Diagnóstico enfermero	Planeación			Ejecución			Evaluación		
	Resultados e indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones /Actividades				Puntuación final	Puntuación de cambio
Dolor agudo relacionado a lesión por agentes biológico evidenciado por facies del dolor y expresión verbal en la escala de Eva 7 puntos y taquicardia (116 x'min).	Resultado: Nivel del dolor Cod: 2102	2	Mantener en: Aumentar a:5	Intervención: Manejo del dolor (1400)				4	+2
	Escala: Desviación grave del rango(1) Sin desviación del rango normal (5) Indicadores			Actividades:					
	210201 Dolor referido.	2	4	Valorar las características del dolor: Localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como las causas que lo alivian y agudizan.	M	T	N	4	+2
	210206 Expresiones faciales del dolor.	2	4	Evaluar el dolor utilizando la escala de Campbell conforme a la edad y a la capacidad de comunicación.	M	T	N	4	+2
	210211 Frecuencia cardíaca	2	4	Realizar cambios de posición antiálgica cada 4 horas	C/4h	C/4h	C/4h	4	+2

Apéndice B: Guía de valoración

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIA

I.- DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ DNI: _____ Sexo: F () M ()

Domicilio: _____ Fecha de Ingreso: _____ Hora de Ingreso _____

Historia Clínica: _____ Tipo de Atención: SIS () SOAT () Otros () Servicio _____

Traído por Familiar () otros: _____ Condición de ingreso: caminando () silla de ruedas () camilla () Otros ()

Persona Responsable: _____ Celular _____

Resultado de prueba COVID _____ Fecha _____

Motivo de Ingreso: _____ Diagnóstico Médico: _____

PATRON PERCEPCION- CONTROL DE LA SALUD

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

Antecedentes de Enfermedades y/o Quirúrgicas:

HTA () DM () Gastritis/Ulcera () TBC () Asma () COVID ()

Otros: _____

Alergias y Otras Reacciones: Polvo () Medicamentos ()

Alimentos () Otros: _____

Factores de Riesgo:

Hospitalizaciones Previas: Si () No ()

Descripción: _____

Consumo de Medicamentos Prescritos: Si () No ()

PATRON RELACIONES-ROL

Especifique: _____

Se relaciona con el entorno: Si () No ()

Comentarios: _____

Relaciones Familiares: Buena () Mala () Conflictos ()

Problema de Alcoholismo: Si () No ()

Problemas de Drogadicción: Si () No ()

PATRON PERCEPTIVO-COGNITIVO

Especifique: _____

Hostil	
Adecuada sociabilización	
Preocupación	
Expresión de soledad	

Incidente (Si) (No) Hipoacusia (Si) (No)

Estado de Conciencia	ESC. Glasgow (puntos)	
	ESC. RABSS (puntos)	
	Agitación	

Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas () Reactivas ()

No Reactivas () Fotoreactivas () Mióticas () Midriáticas ()

Tamaño: 3-4.5 mm () < 3 mm () > 4.5 mm ()

Foto Reactivas: Si () No () Reflejo corneal Si () No ()

Babinski Si () No () Rigidez de nuca Si () No ()

Cefalea Si () No ()

Comentarios: _____

Convulsión	Tónica	
	clónica	
	Tónica -clónica	

COMUNICACION	Afasia	
	Disartria	
	Comunicación verbal	
	Comunicación por gestos	
	Comunicación por escritura	

PATRON VALORES-CREENCIAS

Religión: _____

Acepta transfusión sanguínea (Si) (No)

Observaciones: _____

PATRON AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACION Y AL ESTRÉS

Estado Emocional: Tranquilo () Ansioso () Irritable ()

Negativo () Indiferente () Temeroso ()

Intranquilo () Agresivo ()

Llanto Persistente: Si () No ()

Comentarios: _____

Reacción frente a la Enfermedad Paciente y familia:

Ansiedad () Indiferencia () Rechazo ()

Comentarios: _____

VI. Patrón actividad ejercicio**Actividad respiratoria**

- Espontanea () FR: Sat:.....
- Oxigenoterapia () VM invasiva () VM no invasiva ()
- Fio₂:.....% CBN () HALO () HOOD () CPAP ()
- TET N°..... FIJADO EN:.....
- V. mecánica: Modo..... Parámetros ventilatorios: FIO₂:
FR: VT: PS: PEEP:
- Cianosis: No () Sí () Zona:
- Disnea: No () Sí () Aleteo nasal () Retracción xifoidea ()
Tiraje () Ptje de Silverman:
- Ritmo: Regular () Irregular () Ruidos respiratorios: MV ()
Sibilantes () Roncantes () Crepitantes () en: ACP.....
HTD..... HTI.....
- Secreciones: mucosa () serosa () meconial () sanguinolenta ()
Verdosa/amarillenta () fluida () densa ()

Actividad circulatoria

- Ritmo: Regular () Irregular ()
- Llenado capilar: menor de 2" () Mayor de 2" () Obs:.....
- Pulsos periféricos: Conservados () disminuido () ausente ()
- Frialdad: MSI () MSD () MII () MID ()
- Edema: No () Sí () localización:.....
- Líneas invasivas: No () Sí () Vía central () PICC () CUV-CUA ()
Vía Periférica () ubicación: MMSS () MMII () Yugular ()

Ejercicio

- Tono muscular: Conservado () hipotonía () hipertonia ()
- Tremores ()
- Movilidad: Conservada () limitada ()

Comentario adicional:.....**VII. Patrón descanso sueño**

- Horas de sueño: regular irregular
- Duerme con dificultad: Si () No ()
- Se despierta con facilidad: Si () No ()
- Recibe medicamentos estimulantes: -----Otro:
- Comentarios adicionales:.....

VIII. Patrón nutricional-metabólico

Alimentación: NPO () NPT () NPP () LME () LM ()
FM () por LM () Gotero () SNG () SOG () SGT ()
SY () Gastroclisis ()

observación:.....

Piel:

- Diaforesis: Si () No () Temperatura:.....
- H.O: Días:
- Vermis caseosa () Lanugo () Miliun () Eritema ()
- Color: Rosada () Pálida () ictérica ()
otro:.....
- Integridad: No () Sí ()
especificar:.....
- Fontanela : Abombada () deprimida ()

Boca

- Vómitos: No () Sí () Características:.....
- Malformaciones: No () Sí () Especificar:.....

Abdomen

- Blando () Depresible () Distendido () Doloroso () Globuloso ()
- Perímetro abdominal.....cm
- Ruido hidroaereo: Presente () disminuido () aumentado ()
ausente ()
- Drenajes: No () Sí ()
Características:.....
- Comentarios:

IX. Patrón Eliminación

- Ano permeable: Si () No ()
- Intestinal:**
- Estreñimiento () Días:.....
- N° deposiciones/día:.....
- Características:
- Color: Meconial () Transición () Amarillo () Sangre ()
(Consistencia:.....)
- Colostomía () ileostomía ()
- Fecha de colocación:.....
- Comentarios:.....
- Malformación:.....
- Vesicales:**
- Micción espontánea: Si () No ()
- Características:.....
- Sonda vesical () Colector Urinario () Pañal ()
- Orina: Amarilla () Colúrica () Con sangre ()
- Fecha de colocación:.....

X. Patrón -sexualidad-reproducción

- Varón:** Testículos descendidos: Si () No ()
- Malformaciones:.....
- Mujer:**
- Labios genitales: Normales () Edematizados ()
- Secreción vaginal: Sangre () Moco () blanquecinas ()
- Malformaciones:.....

OBSERVACIONES:**TTO. MEDICO ACTUAL**

Exámenes complementarios: AGA, RX TOTRAX, ECOGRAFIAS I/C

Firma y sello de la enfermera:

Apéndice C: Consentimiento informado

Universidad Peruana Unión
Escuela de Posgrado
UPG de Ciencias de la Salud.
Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con diagnóstico médico **“Cuidados a paciente con Shock séptico por foco dérmico e ITU en el servicio de Emergencia”**

Lima-2021”, El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales R.L.P.

Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Judy Rebeca Illesca Pumarrumi bajo la asesoría de la Dra. Lili Fernández Molocho

. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

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

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe

esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre y apellido: _____

DNI: _____ Fecha: _____

Firma

Apéndice D: Escalas de evaluación

ESCALA DE CAMPBELL			
<i>Escala de evaluación del dolor y comportamiento para pacientes con imposibilidad para comunicarse de forma espontánea</i>			
	0	1	2
Musculatura facial	relajada	tensión mueca de dolor	dientes apretados
Tranquilidad	relajado	inquietud	movimientos frecuentes
Tono muscular	normal	aumentado	rígido
Respuesta verbal	normal	quejas, llores, gruñidos	quejas, llores, gruñidos elevados
Confortabilidad	tranquilo	se tranquiliza con la voz	difícil confortar

Rango de puntuaciones

0: no dolor 1-3: dolor leve-moderado 4-6: dolor moderado-grave > 6: dolor intenso

Escala de Coma de Glasgow	
Apertura Ocular	
• Espontáneamente	4
• A una orden Verbal	3
• Al Dolor	2
• No responde	1
Respuesta Motora	
• Obedece a una orden Verbal	6
Ante el Estimulo Doloroso	
• Localiza el Dolor	5
• Retira y Flexión	4
• Flexión anormal (rigidez de decorticación)	3
• Extensión (rigidez de decerebración)	2
• No responde	1
Respuesta Verbal	
• Orientado y conversa	5
• Desorientado y hablando	4
• Palabras inapropiadas	3
• Sonidos Incomprensibles	2
• Sin respuesta	1
Total	3 - 15