

**UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



**Cuidados de enfermería a paciente con sepsis de la Unidad de Cuidados  
Intensivos Pediátricos de un hospital nacional de Lima, 2022**

Trabajo Académico para obtener el Título de Segunda Especialidad profesional de  
Enfermería: Cuidados Intensivos Pediátricos

**Por:**

Shelley Sadlow Donato Gomez

Casilda Mitma Huamani

**Asesor(a):**

Mg. Sofía Dora Vivanco Hilario

Lima, 11 de abril de 2024

## DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, Sofía Dora Vivanco Hilario, 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: **“CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON SEPSIS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE UN HOSPITAL NACIONAL DE LIMA, 2022”** de las autoras Shelley Sadlow Donato Gomez y Casilda Mitma Huamani 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 11 días del mes de abril del año 2024.



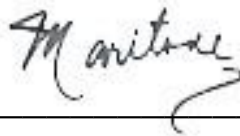
---

Mg. Sofía Dora Vivanco Hilario

**Cuidados de enfermería a paciente con sepsis de la Unidad de  
Cuidados Intensivos Pediátricos de un hospital nacional de Lima,  
2022**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad  
profesional de enfermería: Cuidados Intensivos Pediátricos



---

Dra. María Teresa Cabanillas Chavez  
Dictaminador

Lima, 11 de abril de 2024

## Tabla de Contenido

Resumen .....	1
Introducción.....	3
Marco Teórico.....	7
Sepsis Abdominal .....	7
Conceptos.....	7
Fisiopatología.....	8
Signos y Síntomas .....	9
Tipos de Sepsis Abdominal.....	9
Causas .....	11
Tratamiento .....	12
Prevención.....	14
Hipertermia .....	15
Características Definitorias.....	16
Factores de Riesgo.....	16
Fisiopatología.....	16
Causas .....	17
Niveles de Fiebre (Sepsis) .....	17
Rol de Enfermería en Fiebre .....	18
Shock Séptico .....	19
Concepto .....	19
Tipos de Shock Séptico.....	20
Cuidados de Enfermería.....	21

Teoría de Enfermería Relacionado al Trabajo .....	22
Metodología.....	23
Diseño del Estudio.....	23
Sujeto del Estudio.....	23
Ámbito y Periodo del Estudio .....	23
Procedimiento de Recojo de Información .....	24
Procesamiento de los Datos .....	24
Resultados.....	25
Discusión .....	55
Conclusiones .....	59
Referencias .....	60
Apéndices .....	72

## **Cuidados de enfermería a paciente con sepsis de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de un hospital nacional de Lima, 2022**

*Lic. Shelley Sadlow Donato Gomez<sup>a</sup>, Lic. Casilda Mitma Huamaní y Mg. Sofía Dora Vivanco Hilario<sup>b</sup>.*

*<sup>a</sup>Autores del trabajo Académico Unidad de post grado de Ciencias de la salud, Universidad Peruana Unión Lima, Perú.*

*<sup>b</sup>Asesora del Trabajo Académico Universidad Peruana Unión. Escuela de Posgrado. Lima, Perú.*

### **Resumen**

Sepsis es una complicación producto de una respuesta inmunitaria desbalanceada frente a un foco infeccioso. La sepsis abdominal es un proceso inflamatorio del peritoneo causada por gérmenes patógenos, localizado o difuso. Objetivo: Gestionar los cuidados de enfermería en paciente pediátrico con diagnóstico de sepsis de un hospital nacional de Lima, 2022.

Metodología: Investigación cualitativa, tipo de estudio caso único, ejecutado con el método de proceso de atención de enfermería (PAE), aplicando el instrumento de valoración de Marjory Gordon a un paciente masculino de 12 años; se formularon los diagnósticos y la planificación de los cuidados según la taxonomía NANDA-I, NOC y NIC; la ejecución se realizó tomando en cuenta los resultados de la diferencia de puntuaciones basal y final, obteniendo puntuaciones de +1 y +1. Resultados: Se identificó nueve diagnósticos de enfermería alterados, se priorizó el diagnóstico de enfermería principal Hipertermia y el RC Shock séptico. Las intervenciones de enfermería fueron efectivas, el paciente mejoró de su problema de termorregulación y ante el RC riesgo de shock séptico los resultados están en proceso de mejoría. Finalmente se gestionó el Proceso de Atención de Enfermería a un paciente pediátrico con diagnóstico de sepsis, así como los factores de riesgo que pudieran complicar la salud, se clasificaron y priorizaron las intervenciones de enfermería y los cuidados preventivos para disminuir el riesgo de complicación, en base al PAE se elaboró un plan de cuidados individual que permitió mejorar progresivamente su condición de su salud.

Palabras claves: Cuidados de enfermería, paciente pediátrico, sepsis.

### **Abstract**

Sepsis is a complication resulting from an unbalanced immune response to an infectious focus. Abdominal sepsis is an inflammatory process of the peritoneum caused by pathogenic germs, localized or diffuse. Objective: Manage nursing care in the attention of pediatric patients diagnosed with sepsis. Methodology: Qualitative research, single case type of study, executed with the nursing care process method (PAE), applying Marjory Gordon's assessment instrument to a 12-year-old male patient; Diagnoses and care planning were formulated according to the NANDA-I, NOC and NIC taxonomy; The execution was carried out taking into account the results of the difference in baseline and final scores, obtaining scores of +1 and +1. Results: Nine altered nursing diagnoses were identified, the main nursing diagnosis (00007) Hyperthermia r/c high metabolic rate m/p temperature of 39°, hot skin and tachycardia and the main CR of septic shock were prioritized. The nursing interventions were effective, the patient improved his thermoregulation problem and, given the CR risk of septic shock, the results are in the process of improvement. The Nursing Care Process was managed for a pediatric patient with a diagnosis of sepsis, as well as the risk factors that could complicate health, nursing interventions and preventive care were classified and prioritized to reduce the risk of complications, based on the PAE. An individual care plan was developed that allowed him to progressively improve his health condition.

Keywords: Nursing care, pediatric patient, sepsis.

## Introducción

La sepsis abdominal es un proceso inflamatorio del peritoneo causada por un microorganismo patógeno, así como de sus productos. El proceso inflamatorio puede ser localizado o difuso (Clinica Universidad de Navarra, 2023). Cuando se produce una infección en el abdomen, el sistema inmunológico puede responder de forma excesiva, lo que lleva a la sepsis (Macas, Adrián, Aguilera, & al., 2021). La sepsis abdominal suele ser polimicrobiana, las bacterias grampositivas y negativas comparten un mecanismo común que les permite entrecruzarse y unirse a las células endoteliales vasculares humanas (Martin-Loeches et al., 2019).

En estudios a nivel mundial, se tiene que la sepsis constituye una de las principales causas de morbilidad infantil, en Europa ocupa el segundo lugar en frecuencia con el 22% (Chase & Rosario, 2021a). En América Latina, las tasas de sepsis varían considerablemente. El 85% de los casos afectan a niños, embarazadas y personas de bajos recursos. Además, el 49% de los pacientes tratados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) con infecciones adquiridas, ya sea en hospitales (27%) o en la UCI (42%) fallecerán (OMS, 2020).

En Argentina, Rojas & Peranovich (2022) evidenció una reducción del 18,8% en la mortalidad por sepsis y un aumento del 30,6% al considerar causas potencialmente asociadas. Este incremento afectó la mortalidad en poblaciones más jóvenes: 36,5% en el grupo de 1 a 14 años y 15,8% en el de 25 a 44 años. Cabe destacar que, Vázquez (2022) en México determinó que la sepsis es provocada por infecciones que a pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento persiste un alto índice de mortalidad que supera al 75% de la población. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018), más de 31 millones de personas experimentan un episodio de sepsis, y aproximadamente 6 millones perderán la vida.



En el ámbito nacional, se estima que al menos el 6,7% de los recién nacidos experimentaron sepsis neonatal. Esto se ve agravado por el hecho de que el 45% de las madres no reciben un adecuado control prenatal y el 25% presenta factores como anemia, infección urinaria o antecedentes de aborto. Este escenario poco favorable sugiere un aumento en los casos con complicaciones (Ruiz & Pantoja, 2022).

En Lima-Perú, en una investigación por Cruz (2023) se identificaron los factores de riesgo asociados a la apendicitis aguda complicada en pacientes pediátricos, siendo la apendicitis la causa más común. Esta condición afecta más a varones que a mujeres, especialmente en pacientes pediátricos y adolescentes de 10 a 20 años. Los síntomas predominantes incluyeron vómitos, fiebre, diarrea y el signo de Blumberg. El diagnóstico reveló casos de apendicitis necrosada (34.3%) y perforada (14.6%). Asimismo, Pacheco (2020) encontró que de 260 pacientes el 10,4% presentaron el diagnóstico de sepsis. Además, entre los focos infecciosos, el foco pulmonar fue el más frecuente con un 22.2%.

Las causas de sepsis abdominal pueden variar y suelen estar relacionadas con infecciones que se propagan dentro de la cavidad abdominal (Grant, 2020). Algunas de las causas más comunes incluyen: apendicitis, diverticulitis, perforación intestinal, entre otros (Zubiran, 2011). En la mayoría de los casos, está involucrada la flora gastrointestinal del hospedero. Las enfermedades del estómago y el duodeno pueden alterar esta flora (Pérez, Gorordo, Porras, & Altamirano, 2023). En la fisiopatología, el proceso se inicia cuando los organismos gramnegativos u organismos grampositivos, junto con toxinas anaerobias, debilitan el componente de la membrana externa. (Cabrera & Cháves, 2020).

La sepsis es una respuesta inflamatoria a una infección, con frecuencia acompañada de hipoperfusión y disfunción orgánica. Sus consecuencias reflejan la gravedad de la respuesta

sistémica a la infección. La sinergia entre ciertos organismos que reducen los niveles de oxígeno y anaerobios obligados agravan la sepsis (Forrester, 2021a). Además, la presencia de sustancias adyuvantes influye en su desarrollo y complicaciones (Chiscano, Plata, Ruiz, & Ferrer, 2022).

En cuanto a las manifestaciones clínicas, generalmente no aparecen al principio y el diagnóstico microbiológico tarda varios días. La sepsis abdominal se manifiesta con: dolor abdominal, fiebre  $> 38^{\circ}\text{C}$  o hipotermia  $< 36^{\circ}\text{C}$ , frecuencia cardiaca  $> 90$  lpm, frecuencia respiratoria  $> 20$  rpm, PAS  $> 100$  mmHg, glasgow  $< 14$  puntos, presencia de hiperglucemia  $> 120$  mg/dl en ausencia de diabetes, saturación de oxígeno  $< 90\%$  (Jiménez et al., 2019a).

El diagnóstico clínico se realiza con estudios de imagen abdominal. Para pacientes inestables, se sugiere realizar un ultrasonido; mientras que, para pacientes estables, se recomienda una tomografía computarizada (Carrión & Porras, 2022). La sospecha de sepsis surge cuando un paciente con una infección conocida presenta signos sistémicos de inflamación o disfunción orgánica (Forrester, 2021b).

Por tanto, el tratamiento depende fundamentalmente de las reservas premórbidas del paciente, la gravedad de la infección y el compromiso fisiológico. Lo más frecuente es el uso de antimicrobianos, control del foco de contaminación y terapia de soporte (Aviles, Figueira, Agrifoglio, & Sánchez, 2018). El manejo quirúrgico de las septicemias intraabdominales se basa en eliminar el foco de contagio, reducir la carga de microbiota de la cavidad peritoneal y tratar la sepsis residual (García, García, Benavidez, & Koelig, 2020). Las otras medidas no son tan útiles si no se logra inicialmente controlar la fuente del inóculo (OMS, 2020).

El proceso de atención de enfermería (PAE) es una metodología sistemática utilizada para brindar atención integral y de calidad a los pacientes (Miranda-Limachi et al., 2020). Por ello, su importancia radica en ofrecer una estructura sistemática y organizada para la atención y

asegura un enfoque centrado en el paciente (Navarro, et al., 2021). Cabe destacar que, en el área de cuidados intensivo pediátricos, es vital proporcionar atención especializada dirigida a niños críticamente enfermos; porque se requiere monitoreos y administración de tratamientos complejos entre otros (Escobar, 2010). Por tanto, el profesional de enfermería debe actualizar y ganar conocimiento constante acerca de los cuidados especializados de la enfermedad de sepsis abdominal pediátrica (Rubio & Rojas, 2018).

## **Objetivos**

### ***Objetivo General***

Gestionar los cuidados de enfermería en paciente pediátrico con sepsis en un hospital nacional de Lima, 2022.

### ***Objetivos Específicos***

- ✓ Identificar las manifestaciones clínicas en paciente pediátrico con sepsis, en un hospital nacional, Lima, 2022.
- ✓ Identificar los factores de riesgo en paciente pediátrico con sepsis, en un hospital nacional, Lima, 2022.
- ✓ Describir la importancia de la intervención de enfermería en paciente pediátrico con sepsis, en un hospital nacional, Lima, 2022.
- ✓ Elaborar un plan de cuidados de enfermería individualizado para el paciente pediátrico con sepsis, mediante el modelo de taxonomía NANDA-I, NOC, NIC en un hospital nacional, Lima, 2022.

## Marco Teórico

### Sepsis Abdominal

#### *Conceptos*

La sepsis es un síntoma de transformaciones patológicas, bioquímicas y fisiológicas que son provocadas por una infección que suele hacerse más intensa cada vez. Quienes logran salir de su cuadro de sepsis presentan problemas psicológicos, cognitivos prolongados y físicos (Jiménez et al., 2019b). Asimismo, se considera que, la sepsis es una disfunción orgánica potencialmente mortal causada por una desregulación de la respuesta del huésped a la infección. El shock séptico y la sepsis son complicaciones de salud peligrosas que perturban a millones de personas anualmente y son razones por las que una de cada cuatro personas muere (OPS, 2018).

Es importante resaltar que, la sepsis puede afectar en cualquier momento, asimismo puede afectar a diferentes personas, siendo más propensos los adultos muy mayores y los bebés muy pequeños. Particularmente, los recién nacidos y los bebés pequeños, son los pacientes más susceptibles a desarrollar sepsis, igualmente los que presentan problemas de salud subyacentes corren un mayor riesgo (Owusu-Ansah, 2018a).

La sepsis abdominal es la respuesta integral a un proceso localizado de infección. De lo anterior se deriva la conclusión de que se debe ser cuidadosos en el manejo de la terminología ya que los términos: contaminación, infección y sepsis abdominal no son idénticos, pueden desarrollarse simultánea o consecutivamente (Macas, Adrián, Aguilera, & al., 2021). La sepsis abdominal es un proceso inflamatorio del peritoneo causada por un microorganismo patógeno, así como de sus productos. El proceso inflamatorio puede ser localizado o difuso de acuerdo con su naturaleza. Por su parte, el Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades y Centro Colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS en México

(CEMECE), asume como acuerdo que el diagnóstico Infección (Sepsis) abdominal se codifica como peritonitis (K65.9), en el Índice alfabético, está localizado como Infección, infectado(a) (OPS, 2018).

Considerando que, el diagnóstico de sepsis abdominal estriba de parámetros clínicos y analíticos, en la práctica se establece como sospecha clínica de sepsis todos aquellos pacientes que presenten fiebre y alteración de la apariencia, respiración o circulación. De acuerdo a lo anterior, en estos pacientes deberá realizarse la valoración ABCDE (vía aérea, respiración, circulación, déficit neurológico y exposición) (Gómez, 2020).

Cabe destacar que, los niños durante su crecimiento interactúan en diferentes espacios como institución educativa y participación en distintas actividades, como la práctica de deportes entre otros, por lo cual tienden a estar cada vez más expuestos a diferentes enfermedades, como infecciones bacterianas, infecciones de las vías urinarias, infecciones cutáneas, neumonía, apendicitis, todas estas enfermedades si no se tratan a tiempo puede conducir a una sepsis abdominal (Owusu-Ansah, 2018b).

### ***Fisiopatología***

En el proceso de la infección hay un escape de microorganismos a la cavidad abdominal debido a un órgano traumatizado o enfermo. La manifestación principal es el dolor abdominal que mayormente es seguido de fiebre, náuseas, vómitos evolucionando a un estado de shock. Enzimáticamente el jugo pancreático activo estimula a la inflamación y al dolor, mucho más de lo que causaría la misma cantidad de bilis estéril que no contenga enzimas potentes. En el caso de contaminación por bacterias, al iniciar la enfermedad el dolor generalmente es de baja intensidad, cuando las bacterias se multiplican se producen sustancias irritantes y el dolor de la

inflamación peritoneal frecuentemente se realiza por presión o permutas en la tensión del peritoneo (Banchón, Camacho, Fernández, & Villacís, 2020).

### ***Signos y Síntomas***

Los síntomas y signos de la sepsis abdominal, en su mayoría no brotan al inicio de la enfermedad y el diagnóstico microbiológico en ocasiones tarda días (Godínez, et al., 2018). La sepsis abdominal se manifiesta con dolor abdominal, fiebre  $> 38^{\circ}\text{C}$  o hipotermia  $< 36^{\circ}\text{C}$ , frecuencia cardiaca  $> 90$  lpm., frecuencia respiratoria  $> 20$  rpm, PAS  $> 100$  mm Hg. En los exámenes complementarios alteración del nivel de consciencia evaluada con la escala del coma de Glasgow (ECG)  $< 14$  puntos. Presencia de hiperglucemia  $> 120$  mg/dl en ausencia de diabetes (glucemia capilar), saturación de oxígeno (SatO<sub>2</sub>) por pulsioximetría  $< 90\%$  (Jiménez et al., 2019c).

En los pacientes previamente operados, el íleo prolongado  $>$  a 3 días, la evidencia de infección de la herida quirúrgica y la aparición de un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica o una disfunción orgánica a partir del cuarto día del postoperatorio son sospechosos de sepsis (García, García, Benavidez, & Koelig, 2020). Los cambios endocrinos y metabólicas contienen acidosis láctica, al principio ocurre alcalosis metabólica por la hiperventilación, acrecentamiento de los lípidos en el torrente sanguíneo, catabolismo proteico rápido, reducción de la albúmina e hiperglucemia (Lewis III, 2023).

### ***Tipos de Sepsis Abdominal***

Según Carrión y Porras, (2022) la peritonitis es la primera etapa de la sepsis abdominal, ésta se divide en las siguientes categorías:

**Por su Extensión.** Puede ser localizada o focalizada, es decir está confinada a un espacio determinado; o generalizada, difusa o propagante se encuentra extendida a toda la cavidad peritoneal.

Por Agente Causal. Se puede mencionar que es séptica, cuando su causa es bacteriana y supera los mecanismos de defensa peritoneal. Por otro lado, se refiere a la aséptica, de causa química, hemática, biliar, jugo gástrico, pancreático o quimo, pudiendo complicarse con infección subsecuente.

Por su origen, es primaria, cuando no se determina una lesión iniciadora discernible dentro de la cavidad abdominal, por lo general son monobacterianas. Secundaria, cuando es complicación de cualquier patología abdominal traumática, infecciosa, ulcerosa, obstructiva o neoplásicas, generalmente son polimicrobianas. Y, por último, terciarias, son complicación de una peritonitis secundaria posoperatoria, sin erradicación del foco infeccioso (Kliegman et al., 2020a).

Por su evolución: puede ser aguda o crónica, este tipo de peritonitis es una inflamación aguda que sucede en el peritoneo; asimismo, puede ser localizada o generalizada. La peritonitis localizada se origina debido a la inflamación transmural en las vísceras; por ejemplo, apendicitis, colecistitis, diverticulitis. Además, el epiplón funciona como un controlador que envuelve la inflamación y la localiza. Sin embargo, si las vísceras perforan el epiplón o este no puede sostenerse ante esta inflamación podría resultar en una peritonitis generalizada (Sooriakumaran, Jayasena, & Sharman, 2021).

En cuanto a la flora bacteriana en la peritonitis son los neumococos (más frecuentes), estreptococos del grupo A, enterococos, estafilococos y bacterias entéricas gramnegativas, especialmente, *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae*, son los encontrados con mayor

frecuencia. Las peritonitis por *Mycobacterium tuberculosis*, *Neisseria meningitidis* y *Mycobacterium bovis* son raras (Kliegman et al., 2020b).

La peritonitis producida por patógenos nosocomiales microbiológicamente se divide en confirmada, probable y posible. Siendo así, la confirmada es aquella en la que se aíslan uno o más patógenos nosocomiales del líquido peritoneal o de la sangre en un contexto clínico adecuado tras 48 horas de tratamiento. La probable se precisa como la enfermedad clínica concurrente con una peritonitis secundaria documentada con inflamación peritoneal persistente con más de 500 leucocitos/ml de líquido peritoneal (Gorordo, 2023).

### ***Causas***

La sepsis abdominal mayormente es el resultado de una infección bacteriana en el abdomen, la misma puede ser causada por una diversidad de circunstancias, como apendicitis, úlceras pépticas perforadas, pancreatitis, colecistitis, obstrucción intestinal, enfermedad inflamatoria intestinal, o tras la perforación o lesión del tracto gastrointestinal. En tales casos, las bacterias pueden dispersarse al peritoneo, el revestimiento del abdomen, provocando así una respuesta inmunitaria generalizada (Diccionario Médico, 2023).

Aunado a ello, se indica que la sepsis de origen abdominal es derivada de la colangitis, mientras que, otros investigadores afirman una conexión de origen con diagnósticos tales como el de la apendicitis, colecistitis y diverticulitis (Verdesoto, Yáñez, & Ordóñez, 2022). Asimismo, se puede presentar a través de diseminación hematológica, en contextos de diálisis peritoneal se sabe que la infección se puede introducir en dicha cavidad, aunque muchos especialistas confirman que la más frecuente es producida por salida de contenido intestinal hacia el peritoneo presentándose normalmente como peritonitis generalizada o secundaria (Barrionuevo, 2022).



### ***Factores***

Dentro de los factores asociados a la sepsis abdominal se mencionan las herramientas para la predicción de infecciones intraabdominales, las mismas pueden estar centradas en factores clínicos, comorbilidades, tiempo operatorio, tipo de herida, número de órganos lesionados, transfusión de hemoderivados y en el índice de masa corporal. Otros factores concernientes con el desarrollo de sepsis abdominal son la cirugía de control de daños y el abdomen abierto, igualmente las características de los pacientes llevados a cirugía de control de daños como la hipotermia, acidosis y coagulopatía, severidad de las lesiones y tipo de procedimiento (Bustos, Guerrero, & Manrique, 2021).

### ***Tratamiento***

El primer paso para el tratamiento óptimo de la sepsis es el diagnóstico oportuno por lo que se debe iniciar inmediatamente un tratamiento enérgico con fluidoterapia, drogas vasoactivas y antibioterapia empírica, dado que existe una alta tasa de muerte en aquellos pacientes que presentan peritonitis, a pesar de, los múltiples progresos en los cuidados intensivos, en las técnicas quirúrgicas, control quirúrgico y tratamiento antimicrobiano (Godínez, et al., 2018).

Por lo mismo, los bio-marcadores de respuesta inflamatoria e infección (BMRII) se posicionaron como instrumentos de mucha asistencia al momento de dar el diagnóstico clínico y poder dar el correcto tratamiento para la infección y la estratificación de riesgo y pronóstico. En la actualidad es recomendable usar de manera conjunta los bio-marcadores para diagnósticos y los bio-marcadores de gravedad (PCT y lactato) ya que amplían la especificidad y el beneficio del pronóstico, en especial en los subgrupos de personas que, tienen manifestaciones clínicas precisas menos expresivas y que de alguna manera presentan una mayor vulnerabilidad como son los ancianos, inmunodeprimidos, enfermos renales, diabéticos, entre otros (Munguía, 2021).

Las consecuencias del tratamiento para la infección intraabdominal dependerán fundamentalmente de tres aspectos: a) las reservas premórbidas del paciente, b) el compromiso fisiológico y c) la gravedad de la infección. La recuperación del enfermo es la finalidad, motivo por el que el tratamiento se tiene que centrar en tres pilares: a) uso de antimicrobianos, b) control del foco de contaminación séptico y c) tratamiento de soporte (García, García, Benavidez, & Koelig, 2020).

En el enfermo crítico, es más recomendable realizar la práctica de una intervención quirúrgica dirigida por una prueba de imagen (Alcantara, 2023). Basada en la eliminación del foco de contaminación, reducción de la contaminación de la cavidad peritoneal y tratamiento de la infección residual (García, García, Benavidez, & Koelig, 2020). En la fluidoterapia se requiere el inicio inmediato de fluidos para superar la hipoperfusión inducida por las alteraciones fisiopatológicas de la respuesta inflamatoria con la recomendación de administrar al menos 30 ml/kg de cristaloides intravenosos dentro de las primeras 3 horas, posteriormente evaluar el estado hemodinámico del paciente con el objetivo de conseguir una PAM 65 mmHg (Juan, Soler, Javier, & Ibarrola, 2021).

Por otro lado, la junto con la indicación de las medidas iniciales para estabilizar al paciente (fluidoterapia), se convierte en una prioridad absoluta administrar las primeras dosis de antimicrobiano adecuado de forma precoz, lo que determinará la evolución del paciente tanto en procesos leves como graves (Jiménez, et al., 2023). La administración de un tratamiento antibiótico conveniente prematuro oprime la mortalidad en personas diagnosticadas con sepsis y shock séptico (Forrester, 2021c).

Se debe monitorizar una serie de criterios clínicos para objetivar la respuesta a las maniobras realizadas: a) nivel de consciencia. b) relleno capilar, características de pulsos

periféricos, temperatura cutánea. c) frecuencia cardiaca, presión arterial, frecuencia respiratoria, SatO<sub>2</sub>, CO<sub>2</sub> espirado. Guías recientes recomiendan obtención de acceso venoso o intraóseo en los primeros 5 minutos. inicio de fluidoterapia adecuada en los primeros 15 minutos, inicio de antibioterapia empírica en los primeros 60 minutos, obtención de hemocultivo si no retrasa el inicio de la administración de antibiótico, uso de fármacos inotropos, por vía central o periférica, en aquellos casos en que esté indicado en los primeros 60 minutos (Gómez, 2019).

### ***Prevención***

Evitar las infecciones, es importante que el paciente mantenga un cuidado de cualquier afección de salud crónica, mantener tratamiento adecuado, así como vacunas recomendadas, una higiene adecuada desde lavarse las manos, heridas limpias y cubiertas hasta que sanen. Acudir rápidamente al hospital si presentan fiebre alta y malestar, no automedicarse antibióticos. Ahora bien, desde el punto de vista sanitario, el personal de salud debe mantener un estricto protocolo de higiene, desinfección y esterilización frecuente de las zonas de trabajo, donde el uso de materiales de protección es primordial, así como las desinfecciones a fondo. Identificar de manera precoz los signos de sepsis durante los días de administración de tratamiento con antibiótico (Lozada & Paredes, 2022).

### ***Rol de Enfermería***

Los cuidados de enfermería en pacientes con sepsis incluyen una serie de actividades, entre las que se encuentran la vigilancia y el control riguroso de los signos vitales, valoración de los cambios en los parámetros cardiovasculares y hemodinámicos, del estado de la ventilación y oxigenación, de la función renal, de los parámetros de la coagulación, de los índices metabólicos y del estado mental. Además, la enfermera debe aplicar el tratamiento de soporte indicado para cada uno de los órganos afectados (ventilación artificial, hemofiltración, entre otros),

monitorizando permanentemente la respuesta del paciente a los diferentes tratamientos (Palomar, et al., 2022).

Adicionalmente, la enfermera debe implementar cuidados para prevenir la infección, tales como: cambios de postura del paciente, mantener la cama con elevación de 30° o más mientras el paciente está con ventilación artificial, higiene oral, cuidados de la piel, así como de los puntos de incisión y heridas si las hubiera, y finalmente, debe reforzar las precauciones universales establecidas para prevenir la infección nosocomial (Delgado et al., 2022a).

Estar preparada para la ejecución de las maniobras básicas de reanimación, con el objetivo de restablecer oxígeno a los tejidos, complementado con la continuidad de la administración de fluidos intravenosos, uso de vasoactivos / inotropos, transfusión de glóbulos rojos, y el soporte ventilatorio, para la estabilización macro hemodinámica y la normalización de la perfusión (Pérez & Somoza, 2023).

### **Hipertermia**

La hipertermia es un trastorno de la regulación de temperatura interna, produciendo la subida de temperatura central por encima de los rangos normales debido a la imposibilidad o dificultad del cuerpo para termorregularse (Herdman et al., 2021a). La hipertermia, ya sea como consecuencia de una sobreproducción de calor por dificultades para perderlo, se presenta comúnmente con sudoración, sensación de sofocarse, dolor de cabeza, sensación de mareos o fatiga, confusión, llegando incluso a los delirios y a la pérdida de conciencia; en casos graves, se puede llegar al coma (Picón et al., 2020a).

Por otro lado, la Hipertermia Maligna es mayormente provocada por una condición genética que predispone la aparición del síndrome ante un evento desencadenante, mayormente la exposición a anestésicos inhalatorios o relajantes musculares despolarizantes, que provocarán

un mal funcionamiento del receptor de Rianodina y la excesiva liberación de calcio, desencadenando una serie de síntomas que estresarán al cuerpo y provocarán fiebre, alteraciones hemodinámicas, taquicardia, rigidez muscular y la insuficiencia de varios órganos, siendo potencialmente fatal (Rêgo et al., 2022; Picón et al., 2020b).

### ***Características Definitivas***

Algunas de las características que se presentan y definen un cuadro de hipertermia son la hipotensión, una postura anormal, presentar apnea o taquipnea, presentar enrojecimiento en la piel, sensación de letargo, calidez al contacto de la piel, estupor, taquicardia, vasodilatación, irritabilidad, sensación de mareos y fatiga, dolor de cabeza y parestesias, llegando incluso a las convulsiones; además, en bebés, puede presentarse dificultad para mantener la succión (Herdman et al., 2021b; Picón et al., 2020c).

### ***Factores de Riesgo***

Entre los factores asociados en el cuadro de hipertermia se encuentra la exposición de la persona a un ambiente con temperaturas altas, llevar la ropa inapropiada, la actividad vigorosa o ejercicio exagera y extenuante y la deshidratación masiva (Rêgo et al., 2022; Herdman et al., 2021c). Asimismo, se conoce que estos cuadros se han presentado en competencia extenuantes que hayan provocado desgaste y deshidratación, además de haber posibilidades de desatarse durante procesos quirúrgicos (Picón et al., 2020d).

### ***Fisiopatología***

La hipertermia implica un proceso de elevación de la temperatura ocasionado por algún desencadenante que dificulte la termorregulación del cuerpo, ya sea aumentando el calor o imposibilitando que este descienda, generando una elevada temperatura central que generará varios síntomas que pueden confundirse con otros cuadros como un golpe de calor, pero

diferenciándose por el estado mental de la persona y por la temperatura central (Picón et al., 2020e).

### ***Causas***

Debido a la naturaleza del cuadro de hipertermia, la causa es variable y, en el caso de hipertermia maligna, casi siempre requiere un factor genético predisponente además del desencadenante; sin embargo, hay condiciones que pueden asociarse a la hipertemia, como un estado de salud deteriorado, un aumento en la tasa metabólica, una infección a la sangre o septicemia, haber sufrido algún trauma o golpe de consideración, la obstrucción de algún vaso sanguíneo o isquemia y la disminución de la respuesta al sudor (Herdman et al., 2021d). Dichos factores funcionan dificultando el proceso natural de regulación del cuerpo, provocando el aumento de temperatura sin regulación o la imposibilidad de bajar esa temperatura de manera natural (Picón et al., 2020f).

### ***Niveles de Fiebre (Sepsis)***

Aunque la hipertermia no es lo mismo que la fiebre, si pueden relacionarse en cuanto a los síntomas que ambos producen, siendo la elevación de la temperatura central, con la principal diferencia en la regulación de esta, pues la fiebre es una elevación regulada del cuerpo debido a alguna sepsis o proceso infeccioso que el sistema intenta combatir, mientras que la hipertermia es un proceso desencadenado sin regulación (Picón et al., 2020g).

### ***Factores de Riesgo***

En cuanto a los factores involucrados durante el proceso de diagnóstico de enfermería, se deben considerar los factores etiológicos entre los que destacan los datos clínicos aunado a los factores de riesgo propios de la condición de salud que experimente el paciente (Delgado et al., 2020b). De igual manera, los factores de riesgo al momento de realizar un diagnóstico

comprenden los factores etiológicos propios de su enfermedad y los factores de riesgos a los que está expuesto el paciente (Braña, 2023).

Del mismo modo, el proceso de identificación y diagnóstico de necesidades del profesional de enfermería debe considerar los factores de riesgo y los relacionados con la enfermedad del paciente para realizar un trabajo adecuado (Velasquez, 2022). En cuanto a los factores relacionados al diagnóstico de enfermera principal, se evidencia la deshidratación, el uso de ropa inadecuada y/o la realización de actividad física considerada como vigorosa (Herdman et al., 2021e).

### ***Rol de Enfermería en Fiebre***

Los cuidados de enfermería en los procesos de fiebre se acercan a los cuidados paliativos de la persona y la supervisión de la adherencia y adecuado seguimiento del tratamiento, asegurando la calidad de vida y comodidad durante el proceso. Si bien el tratamiento farmacológico atacará directamente la causa, el acompañamiento y seguimiento es muy importante para la efectividad de dicho tratamiento (Camacho, 2020).

### ***Cuidados de Enfermería***

Es entendido como aquel proceso de promoción de la salud en el cual el profesional de enfermería se centra en el cuidado de la persona atendida brindándole un servicio de calidad (Muñoz, 2022). Mientras que, otros la definen como un compromiso tomado entre dos individuos, siendo uno el cuidador y otro el cuidado en el cual existen vinculaciones éticas y morales en momentos de dolencia o enfermedad (Carbajal, 2022).

Asimismo, es un proceso fundamental en el cual se puede identificar complicaciones que pueden desencadenarse en función de las patologías presentadas por el paciente (Cuadrado, 2022). Para el presente caso, ante el diagnóstico de hipertemia, según lo indicado en la

Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) los cuidados se centraron en la termorregulación, para lo cual se procederá a la regulación de la temperatura y el tratamiento para la hipertemia (Butcher et al., 2019a).

## **Shock Séptico**

### *Concepto*

El shock séptico es un subconjunto de sepsis con aumento significativo de la mortalidad debido a las anormalidades graves de circulación y/o el metabolismo celular. El shock séptico implica hipotensión persistente siendo este definido como la necesidad de vasopresores para mantener la tensión arterial media  $\geq 65$  mmHg, y un nivel de lactato sérico  $> 18$  mg/dL [2 mmol/L] a pesar de la reposición adecuada del volumen (Forrester, 2021).

La mayoría de los casos de shock séptico, son causados por bacilos gramnegativos o cocos grampositivos intrahospitalarios y son frecuentes en pacientes inmunocomprometidos y en aquellos con enfermedades crónicas y debilitantes. Rara vez es causada por *Cándida* u otros hongos. En pacientes con una cirugía reciente, se debe sospechar una infección posoperatoria como causa del shock séptico. Una forma poco frecuente de shock causado por toxinas estafilocócicas y estreptocócicas es el llamado síndrome de shock tóxico (Feijoo & Flores, 2023).

El choque séptico es más frecuente en neonatos, pacientes ancianos y mujeres embarazadas. Los factores predisponentes pueden ser diabetes mellitus, cirrosis; leucopenia, dispositivos invasivos tales como tubos endotraqueales, catéteres vasculares o urinarios, tubos de drenaje y otros materiales extraños, Tratamiento previo con antibióticos o corticosteroides; hospitalización reciente. Los sitios de infección más comunes, son los pulmones y las vías urinarias, biliares y digestivas (OPS, 2018).



El shock séptico ocurre con más frecuencia en las personas de edad muy avanzada y en las muy jóvenes. También puede ocurrir en personas que tienen un sistema inmunitario debilitado. El shock séptico puede ser causado por cualquier tipo de bacteria. Hongos y (en pocas ocasiones) virus pueden también causar la afección. Las toxinas liberadas por bacterias u hongos pueden causar daño tisular. Esto puede llevar a que se presente presión arterial baja y funcionamiento deficiente de órganos. Algunos investigadores creen que los coágulos sanguíneos en las pequeñas arterias ocasionan la falta de flujo de sangre y el funcionamiento deficiente de órganos (Delgado et al., 2022c).

### ***Tipos de Shock Séptico***

Los tipos de shock séptico se dividen en cuatro clases según el valor del GIF (gap de los iones fuertes) o también conocido como la diferencia entre iones fuertes aparentes (DIFa) menos la diferencia de iones fuertes efectiva (DIFe) (Márquez, et al., 2019). De tal modo que, se presenta la siguiente clasificación:

Clase I (0 a -3 meq/L),

Clase II (-3.1 a -6 meq/L),

Clase III (-6.1 a -9 meq/L)

Clase IV (> 9 meq/L).

La patogenia del shock séptico no se comprende del todo. Un estímulo inflamatorio (p. ej., una toxina bacteriana) desencadena la producción de mediadores proinflamatorios, como el factor de necrosis tumoral (TNF) y la interleuquina (IL)-1. Estas citocinas producen la adhesión de neutrófilos a células endoteliales, activan el mecanismo de coagulación y generan microtrombos. También liberan numerosos mediadores, incluidos leucotrienos, lipoxigenasa,

histamina, bradiquinina, serotonina e IL-2. A estos se oponen los mediadores antiinflamatorios, como IL-4 e IL-10, que producen un mecanismo de retroalimentación negativo (Vera, 2019).

Al comienzo, las arterias y arteriolas se dilatan y disminuye la resistencia arterial periférica; el gasto cardíaco aumenta. Esta etapa se denomina shock caliente. Luego, el gasto cardíaco puede disminuir, la tensión arterial cae (con aumento en la resistencia periférica o sin este) y aparecen los signos característicos de choque (Cerezo, 2019).

Incluso en la etapa de aumento del gasto cardíaco, los mediadores vasoactivos hacen que el flujo sanguíneo saltee los vasos capilares de intercambio (defecto en la distribución). La alteración del flujo capilar debida a esta derivación, sumada a una obstrucción capilar por microtrombos, disminuye el transporte de oxígeno y deteriora la eliminación del dióxido de carbono y los productos de desecho celulares. La reducción de la perfusión produce disfunción y a veces insuficiencia en uno o más órganos, como riñones, pulmones, hígado, cerebro y corazón. Puede producirse una coagulopatía por coagulación intravascular con consumo de los principales factores de coagulación o fibrinólisis excesiva (Castillo, 2022a).

### ***Cuidados de Enfermería***

Se basan en el reconocimiento de la sepsis severa y el shock séptico ya que constituyen un factor esencial para lograr un manejo oportuno de estos cuadros. Este reconocimiento debe realizarse precozmente, antes de que el paciente ingrese a la unidad de pacientes críticos, ya que cualquier retraso en el tratamiento compromete gravemente el pronóstico de los pacientes (Grupo Sepsis Navarra, 2018).

El reconocimiento de la sepsis severa requiere una evaluación sistemática de las funciones de diversos sistemas: respiratorio, cardiovascular, renal, sistema nervioso central, coagulación y hepático. Muchas de estas alteraciones pueden ser sospechadas mediante la simple

evaluación clínica, mientras que otras requieren exámenes de laboratorio. La alteración de cualquiera de estos sistemas como resultado de la respuesta inflamatoria del paciente a la infección determina un riesgo de morbi-mortalidad significativamente más elevado (Chase & Rosario, 2021b).

El manejo de enfermería en un paciente con shock séptico es fundamental para estabilizar al paciente y brindarle el mejor cuidado posible. Algunos de los cuidados de enfermería en un paciente con shock séptico incluyen: monitorización continua, administración de líquidos, oxigenoterapia, monitorización del equilibrio hídrico, control de infecciones, mantenimiento de la temperatura corporal, soporte nutricional, cuidados de la piel y apoyo emocional (Butcher et al., 2019b).

### **Teoría de Enfermería Relacionado al Trabajo**

Para el presente estudio tomamos en cuenta la teoría de Cuidado Humano de Jean Watson, que enmarca nuestra actividad asistencial basado en que el cuidado solo puede ser demostrado y practicado de forma efectiva en una relación interpersonal, considerando al paciente como un eje principal de acompañamiento en la toma de decisiones, dentro de un ambiente favorable, armónico y con participación de la familia (Guizado, 2020a).

Por otro lado, Callista Roy en 1970, con su teoría de modelo de adaptación, nos permite establecer estrategias de afrontamiento al estrés que se originan en el proceso de hospitalización, para poder lograr en el paciente pediátrico respuestas adaptativas al medio hospitalario con acompañamiento de sus padres y del personal de enfermería a fin de reducir los mecanismos productores de estrés (Oliveros, Losada, Gutiérrez, & Sanchez, 2019).

Sin embargo, en la teoría de las necesidades humanas de Maslow desde la perspectiva psicológica, en el segundo nivel se ubica la satisfacción de la necesidad de seguridad física

enfocada a proteger la vida e integridad de las personas por medio de equipos capacitados para resolver cualquier situación de amenaza a la salud (Cruz, Camacho, & Jimenez, 2021)

Asimismo, consideramos el modelo de Virginia Henderson porque enfoca la práctica de enfermería en la satisfacción de las 14 necesidades humanas básicas en busca de la pronta recuperación del paciente durante el periodo de hospitalización, la enfermera debe demostrar conocimientos, conservar fuerza física, actitud de voluntad o capacidad para hacer las cosas por sí solo o para llevar correctamente el tratamiento, que conlleva a la mejoría del paciente hasta que él mismo pueda atenderse por sí solo (De la Cruz, Montejo, & Pérez, 2021).

## **Metodología**

### **Diseño del Estudio**

Se trata de una investigación cualitativa tipo estudio de caso único para dar respuesta a los objetivos planteados en nuestro estudio acerca de la atención en paciente pediátrico con sepsis punto de partida abdominal en la unidad de cuidados intensivos.

### **Sujeto del Estudio**

Paciente de sexo masculino de 12 años de edad, es recibido en la Unidad de Cuidados Intensivos, posoperado inmediato de tres horas de una laparotomía exploratoria por apendicitis perforada y peritonitis generalizada, seleccionado a conveniencia de los autores, con diagnóstico médico de sepsis con punto de partida abdominal, con manifestaciones clínicas de hipotensión, fiebre de 39°C, taquicardia, en ventilador mecánico con saturación de oxígeno 98% con fio2 60% y sensible a presentar shock séptico.

### **Ámbito y Periodo del Estudio**

El estudio se realizó en el servicio de unidad de cuidados intensivos del hospital regional de Lima, realizado en el periodo junio 2022.

## **Procedimiento de Recojo de Información**

### **Fuente de Información**

Técnica de recolección de datos: Entrevista y observación.

### **Procedimiento de Información**

La recogida de información se realizó en 4 fases:

La primera fase, se comenzó accediendo a la revisión de la historia clínica del paciente, para extraer datos clínicos como: antecedentes personales y familiares, el motivo de consulta, los resultados de las pruebas diagnósticas, el diagnóstico médico principal, evolución médica y clínica, así como la evolución de los cuidados.

En la segunda fase, se realiza una valoración de enfermería a través de una entrevista personal, siguiendo los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon, utilizándose para la identificación y el reconocimiento de los principales diagnósticos de enfermería para la elaboración de un plan de cuidados específico y centrado en el caso de estudio.

La tercera fase, se realiza el seguimiento del paciente en los días de atención a fin de valorar la evolución de su salud.

Finalmente, se realizó una revisión exhaustiva de la evidencia científica: Fuentes bibliográficas de libros, revistas y estudios de casos, bases de datos de Scholar, Scielo, Elsevier, Pubmed y Medigraphic y taxonomías de NANDA, NIC, NOC.

### **Procesamiento de los Datos**

El análisis y procesamiento de los datos se ha llevado a cabo en base a la metodología enfermera.

Primer momento, tras la valoración del paciente en base a los 11 patrones funcionales Marjory Gordon, se procedió a la realización de una red de razonamiento basada en el “modelo

área” gestado por Pesut y Herman en 1999, para la selección del diagnóstico principal según la taxonomía NANDA-I. Seguidamente (Herdman et al., 2021f).

Segundo momento, tras la elección del DxEp se procede al establecimiento de los criterios de resultados (NOC) (Moorhead et al., 2018a).

Tercer momento, se ejecutó las actividades e intervenciones de enfermería. (NIC) (Butcher et al., 2019c) y actividades. Tras la ejecución de las actividades de enfermería programadas, se procedió a una evaluación de las mismas con el objetivo de comprobar el grado de efectividad de las intervenciones realizadas en el plan de cuidados individualizado del paciente.

## **Resultados**

### **Descripción del Caso**

Paciente de sexo masculino de 12 años de edad, procedente de zona rural de Lima, en situación de pobreza, que acude por cuadro de dolor abdominal, el cuadro se acompaña de hiporexia, dolor a nivel de fosa iliaca derecha, dos días previo a su ingreso presenta deposiciones líquidas, fiebre, distensión abdominal y compromiso neurológico, por lo que acude al servicio de emergencias del hospital a los cinco días de evolución, siendo valorada por cirugía pediátrica con diagnóstico de apendicitis y peritonitis generalizada y deciden tratamiento quirúrgico, con laparotomía exploratoria encontrándose apéndice perforada. En el posoperatorio inmediato de tres horas, en la unidad de cuidados intensivos pediátricos, con diagnóstico médico de sepsis punto de partida abdominal y D/C shock séptico, se encuentra en muy mal estado general con soporte ventilatorio.

Antecedentes personales: ninguno

Antecedentes quirúrgicos: posoperado inmediato de laparotomía exploratoria.

Situación actual: Paciente con una hora de posoperatorio inmediato, se encuentra en la unidad de cuidados intensivos, en posición de decúbito dorsal, con escala de sedación Ramsay de 6 puntos (profundamente dormido, sin respuesta a estímulos), con marcada taquicardia, hipotenso, ventilando con soporte de ventilación mecánica, con TET N° 6 fijado en nivel 20 cm, en modo PC, AC, FiO<sub>2</sub> 60%, TI 1.2, FR 20. Con sonda nasogástrica para drenaje, permeable con secreción gástrica de contenido bilioso en volumen de 22 cc, abdomen distendido con herida quirúrgica con dren Penrose cubierta con apósitos húmedo con secreción serosanguinolenta escaso y con bolsa colectora con secreción sanguinolenta en volumen de 84 cc, portador de sonda vesical con orina colúrica de 460 cc. Con CVC French N° 7 en yugular interna derecha y dos vías periféricas permeables recibiendo sedo analgesia, vasoactivos y fluidoterapia. Con línea arterial en miembro inferior derecho para monitoreo de PA invasivo. Con signos vitales PA 60/40 mmHg, T 39°C, Sat O<sub>2</sub> 96% Fio<sub>2</sub> 60% R=20 x min FC=170 x min

### ***Diagnóstico Médico***

- ✓ Sepsis pp Abdominal
- ✓ Trastorno hidroelectrolítico y de medio interno
- ✓ Trastorno de coagulación
- ✓ Insuficiencia Respiratoria
- ✓ Trombocitopenia Moderada
- ✓ Hipocalcemia
- ✓ Hiponatremia Severa
- ✓ Hipocalemia
- ✓ Alcalosis Respiratoria + Acidosis Metabólica.

***Tratamiento Médico Indicado***

- ✓ NPO
- ✓ SNG a gravedad
- ✓ Modo ventilatorio PC, AC, FiO<sub>2</sub> 60%, TI 1.2, FR 20x´
- ✓ Dextrosa 5% AD1000 ml + NaCl 20% 44 ml + KCl 20% 10 ml = 10ml/hora
- ✓ Ketamina 400 mg + NaCl 0.9% 100 ml = 13ml /hora
- ✓ Fentanilo 0,5 mg = 3ml/hora
- ✓ Adrenalina 3 mg + NaCl 9% 50 ml = 30 ml/hora
- ✓ Noradrenalina 3 mg + NaCl 20% 2,2ml + dextrosa 5% 50 ml = 5 ml/hora
- ✓ Dobutamina 300 mg + NaCl 0.9% 50 ml = 3ml/hora
- ✓ Bromuro de Vecuronio 4 mg + NaCl 0.9% 4 ml = en bolo EV stat
- ✓ Reto de potasio: Kcl 20% 33 ml + NaCl 0,9% 150 ml EV pasar en 2 horas
- ✓ Poligelina 500ml EV stat
- ✓ NaCl 0.9% 1000 EV stat
- ✓ Hidrocortisona 100 mg EV stat
- ✓ Gluconato de calcio 10% 13,5 m + NaCl 0.9% 13 ml EV cada 6 horas
- ✓ Vitamina k 10 mg EV c/24 horas
- ✓ Ceftriaxona 1 gr EV c/12 horas
- ✓ Metronidazol 500 mg EV c/8 horas
- ✓ Ranitidina 50 mg EV c/8 horas
- ✓ Clorhexidina 0,12 % c/ 6 horas enjuague bucal
- ✓ Carbomero gel 0,2% c/ 4 horas 1 gota en cada ojo
- ✓ Cabecera 30 – 45 °.



### ***Resultados de Laboratorio***

Se le realizaron los estudios correspondientes al paciente, resultando los siguientes valores alterados: en cuanto a los valores debajo del mínimo valor permitido tenemos la hemoglobina con un valor de 11, porcentaje de hematocrito con 33.2, el número de plaquetas con 63,000, porcentaje de eosinófilos con 0, monocitos con 8%, albumina suero 1.75 g/dl, calcio 6.62 mg/dL, PCO<sub>2</sub> con 23.9 mmHg, PO<sub>2</sub> con 73.2 mmHg, SAT O<sub>2</sub> con 93%, PAFIO<sub>2</sub> con 232 mmHg, K con 2,7 mmol/L, Na con 118 mmol/L, ICA con 0.99 mmol/L y HCO<sub>3</sub> con 18.5 mmol/L. Mientras que, los valores por encima del máximo permitido son los leucocitos con 16400, bastones con valor 6, linfocitos con valor 31, tiempo de protrombina de 21.9 segundos, tiempo de tromboplastina de 43.7 segundos, INR con 1.68, TGO-AST con 74 UI, TGP-ALP con 56.60 UI, fosfatasa alcalina con 201 UI y PCR cuantitativa con 190 mg/dl.

### ***Informe Ecográfico Abdominal***

Presencia de líquido libre abdominal sub hepático laminar, en fosa iliaca y flanco derecho volumen aprox de 300 cc, con marcado meteorismo intestinal, presencia de efusión pleural bilateral y hepatomegalia.

### ***Valoración del Caso***

Se procede a la valoración de enfermería utilizando los 11 patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, que a continuación se detalla:

**Patrón Funcional I: Percepción-Manejo de Salud.** Proveniente de zona rural y contacto con animales domésticos, esquema de inmunizaciones completo. Madre niega que el niño presenta alergia a medicamentos, ropa o alimentos, realiza ejercicios 2 veces a la semana. No tiene antecedentes de hospitalización. Como antecedentes quirúrgicos, recientemente operado de laparotomía exploratoria por apendicitis perforada.

Su estado de higiene es regular, cabello seboso y sudoroso, piel húmeda por diaforesis debido a la fiebre, unas cortas, presencia de suciedad en la piel al momento de realizar procedimiento.

Madre le administró paracetamol e infusiones de plantas medicinales porque el niño se quejaba de dolor y fiebre, en el centro de salud le indicaron que requería tratamiento quirúrgico, negándose a dicho procedimiento, y al notar que se complicaba retornan nuevamente donde es referido al hospital.

**Patrón Funcional II: Nutricional-Metabólico.** Presenta piel pálida, con frialdad distal y dificultad con la regulación de la temperatura corporal, con T° 39°C, un peso de 45 kg, Talla 1.48cm IMC 20.5, se mantiene en NPO, con abdomen distendido, ligeramente timpánico, con herida operatoria de laparotomía exploratoria cubierto con apósitos serohemático escaso, seco y drenaje laminar (DPR) con secreción sanguinolenta de 84 cc.

Paciente con tipo de sangre O positivo, presenta plaquetopenia (63 000) y anemia leve (11mg/dl) con perfil hepático, fosfatasa alcalina, TGP y TGO elevados.

Ingreso de líquidos en 24 horas = 3800

**Patrón funcional III: Eliminación.** Presenta peristaltismo intestinal disminuido, no ha evacuado desde su ingreso se encuentra con distensión abdominal, micción espontanea el color de la orina es colurica tiene colocada sonda vesical a derivación con gasto urinario de 55 ml/kg/h, con diaforesis al momento del ingreso, portador de SNG a gravedad con bolsa colectora conteniendo secreción biliosa densa volumen 22 cc.

Perdidas insensibles: 828 cc/día.

**Patrón funcional IV: Actividad-Ejercicio.** Conectado a ventilación mecánica modo PC-AC, FiO2 60%, respiración 20 x min, con saturación de oxígeno 98%, sin respuesta de

movimientos, con una calificación es la escala Ramsay 6 y de Norton de 8 muy alto riesgo de escaras, con tensión arterial 60/40 mm Hg y frecuencia cardiaca 170x´ FR 20x´. llenado capilar >2seg. Con grado de dependencia IV.

Presencia de líneas invasivas: Con catéter venoso central en yugular interna derecha N° 7 french y dos vías periféricas permeable en ambos miembros inferiores, asimismo línea arterial en miembro inferior derecho para monitoreo de presión arterial.

En la ecografía pulmonar se evidencia efusión pleural bilateral.

AGA alterado, PCO2 y PO2 con valores de laboratorio por debajo de lo normal, paciente con resultados de laboratorio con coagulopatía tiempo de protrombina y tromboplastina elevados, PCR elevado (190 mg/dl).

**Patrón Funcional V: Sueño-Descanso.** Se mantiene alterado el estado de consciencia, se encuentra sedado con una puntuación escala Ramsay 6 puntos sin respuesta.

**Patrón funcional VI: Cognitivo-Perceptivo.** Nivel de consciencia en coma inducido, con escala de Glasgow 3 puntos por sedación, pupilas isocóricas 1.5 mm fotorreactivas, mióticas.

**Patrón funcional VII: Autopercepción – Autoconcepto.** Patrón no valorable por su estado cognitivo-perceptivo alterado.

**Patrón funcional VIII: Rol-Relaciones.** Vive con su familia lleva una buena relación con sus padres y hermanos, madre refiere que es un niño alegre y sociable. De condición pobre.

**Patrón funcional IX: Sexual-Reproductivo.** Sexo masculino con características anatómicas adecuado para su edad.

**Patrón Funcional X: Adaptación-Tolerancia al Estrés.** Patrón no valorable por condición clínica.

**Patrón funcional XI: Valores-Creencias.** Paciente profesa la religión católica, no tienen restricciones para seguir indicaciones médicas.

### ***Diagnóstico de Enfermería***

Los diagnósticos de enfermería (DxE) los vamos a identificar por patrones alterados, en riesgo o en disposición de mejora vistos anteriormente en la valoración. Para trabajar los DxE utilizaremos el manual de diagnósticos de enfermería definiciones y clasificaciones NANDA Internacional 2021-2023 (Herdman et al., 2021g).

### **Plan de Cuidados**

#### ***Diagnósticos***

**Identificación de Diagnósticos de Enfermería.** Para formular los DxE se hace uso de la Taxonomía NANDA-I 2021-2023.

***Patrón funcional I: Percepción – Control de la Salud.*** (00078) Gestión ineficaz de la salud r/c complejidad del sistema sanitario m/p automedicación.

***Definición.*** “Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar los objetivos de salud específicos” (Herdman et al., 2021h, p. 156).

***Dominio.*** 1: Promoción de la salud.

***Clase.*** 2: Gestión de la salud.

#### ***Patrón funcional II: Nutricional-Metabólico.***

***(00043) Protección Ineficaz.*** R/c Perfil Sanguíneo Anormal m/p Plaquetopenia.

***Definición.*** “Disminución de la capacidad para autoprotegerse de amenazas internas y externas como enfermedades o lesiones” (Herdman et al., 2021i, 160).

***Dominio.*** 1: Promoción de la salud.

**Clase. 2:** Gestión de la salud.

**(00007) Hipertermia.** R/c aumento de la tasa metabólica m/p temperatura de 39°C, piel caliente y taquicardia.

**Definición.** “Temperatura corporal central por encima del rango diurno normal debido a fallas en la termorregulación” (Herdman et al., 2021j, p. 458).

**Dominio.** XI: Seguridad / protección

**Clase. 6:** Termorregulación

**(00046) Deterioro de la Integridad Tisular.** R/c procedimiento quirúrgico e/p herida quirúrgica.

**Definición.** “Lesión de la membrana mucosa, cornea, sistema intertegumentario, fascia muscular, musculo, tendón, hueso, cartílago, capsula de la articulación y/o ligamento” (Herdman et al., 2021k, p. 418).

**Dominio.** XI: Seguridad / protección

**Clase. 2:** Lesión física.

**Patrón funcional III: Eliminación.**

**(00016) Deterioro de la Eliminación Urinaria.** R/c deterioro sensitivo-motor e/p oliguria (flujo urinario < 80 ml/hr)

**Definición.** “Disfunción en la eliminación urinaria.” (Herdman et al., 2021l; Pág. 205).

**Dominio.** 3: eliminación e intercambio.

Clase 1: Función urinaria.

**(00030) Deterioro del intercambio de gases r/c desequilibrio en la ventilación perfusión m/p AGA (PH arterial anormal, disminución del nivel de dióxido de carbono)**

Definición: “Exceso o déficit de oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolo-capilar” (Herdman et al., 2021k; Pág. 225).

Dominio 3: eliminación e intercambio

Clase 1: Función respiratoria.

***Patrón funcional IV: Actividad – Ejercicio.***

**(00033) Deterioro de la Ventilación Espontanea.** R/c fatiga de los músculos respiratorios, deterioro neuromuscular m/p conectado a ventilación mecánica.

**Definición.** “Disminución de las reservas de energía que provoca la incapacidad para mantener la respiración independiente adecuada para el mantenimiento de la vida” (Herdman et al., 2021l; Pág. 258).

**Dominio.** 4: Actividad / descanso.

**Clase.** 4: Respuesta cardiovasculares / pulmonares

**(00029) Disminución del Gasto Cardíaco.** R/c disminución de la presión venosa central m/p hipotensión arterial (PA 60/40 mm Hg).

**Definición.** “Volumen inadecuado de sangre bombeada por el corazón para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo” (Herdman et al., 2021m, p. 246).

**Dominio.** 4: Actividad / descanso.

**Clase.** 4: respuestas cardiovasculares/ pulmonares

**(00201) Riesgo de Perfusión Tisular Cerebral Ineficaz.** Asociado a problemas de coagulopatía, protrombina alterada y tromboplastina sérica anormal.

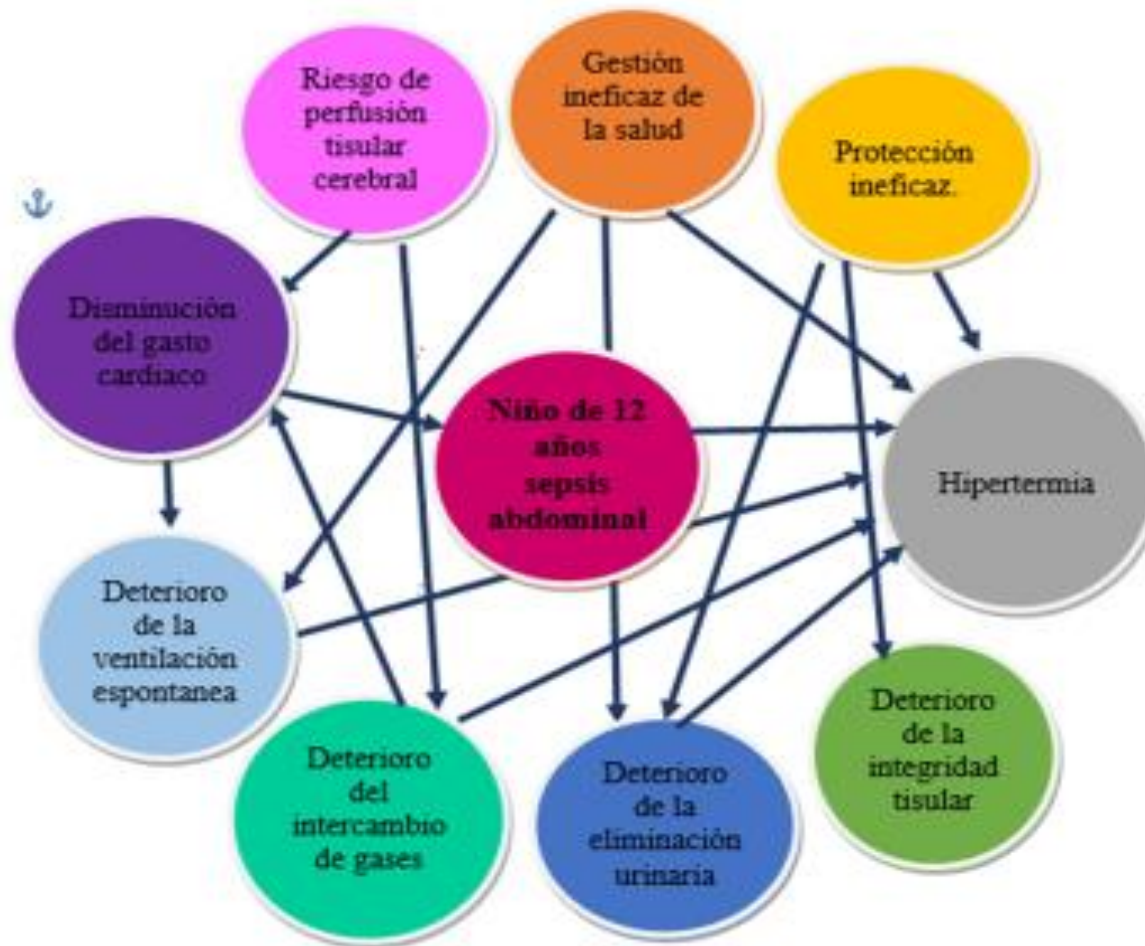
**Definición.** “Susceptible a una disminución de la circulación del tejido cerebral, que puede comprometer la salud.” (Herdman et al., 2021n, p. 252).

**Dominio.** 4: Actividad / descanso.

*Clase.* 4: respuestas cardiovasculares/ pulmonares

**Identificación del Diagnóstico de enfermería principal (DxEp).**

**Figura 1:** *Priorización del Diagnóstico de enfermería principal mediante una red de razonamiento crítico basado en el Modelo AREA*



**Fuente:** Elaboración basada en el modelo A.R.E.A de Pesut y Herman (1999)



**Diagnóstico de Enfermería principal (DxEp).** Como podemos apreciar en la Figura 1, luego de realizar la red de razonamiento, se determina como DxEp lo siguiente:

- ✓ (00007) Hipertermia r/c aumento de la tasa metabólica m/p temperatura de 39°C, piel caliente y taquicardia.
- ✓ Dominio XI: Seguridad / protección
- ✓ Clases 6: Termorregulación

**Justificación del DxEp.** La fiebre, en la unidad de cuidados intensivos (UCI) ocurre frecuentemente, tanto en pacientes adultos como pediátricos, y aunque su origen puede ser diverso, la sepsis es su principal causa, alcanzando el 74% en los pacientes hospitalizados, mientras que en la población infantil las patologías infecciosas representan el 80%. La fiebre debe ser vista como un componente esencial del huésped en la respuesta inflamatoria sistémica, siendo un importante mecanismo de defensa y resistencia contra las infecciones, durante el cual el organismo por sí mismo se somete temporalmente a estrés térmico como un mecanismo regulador global. (Donoso & Arriagada, 2018)

En condiciones normales y a pesar de las variaciones ambientales, el organismo mantiene la temperatura normal gracias al centro termorregulador hipotalámico que equilibra el exceso de producción de calor derivado de la actividad metabólica en los músculos y el hígado con la pérdida de calor producida a partir de la piel y los pulmones. El hipotálamo realiza esta tarea a través de las neuronas de su porción anterior preóptica y su porción posterior, estas reciben dos tipos de señales: una procedente de los receptores de calor y frío que llega por los nervios periféricos, y otra de la temperatura de la sangre que riega la región para finalmente integrarse en el centro termorregulador. En un ambiente neutro, el metabolismo humano produce siempre más

calor del necesario para mantener la temperatura corporal central entre 36.5 y 37.5°C. (Surana et al., 2018).

La hipertermia suele presentarse como resultado de la exposición del cuerpo a microorganismos infectantes, complejos inmunitarios u otras causas de inflamación. Estos agentes inductores estimulan la producción de pirógenos endógenos, ya se trate de mediadores solubles o citoquinas, por células de la línea monocito-macrofágica, linfocitos o células neoplásicas, infectadas por virus y otras. Estas citocinas ingresan a la sangre y son transportadas al hipotálamo anterior, donde inducen un aumento brusco en la síntesis de prostaglandinas, especialmente la prostaglandina E2 (PGE2) (Instituto Nacional del Niño San Borja [INSN], 2019a).

Por lo tanto, la inducción de PGE2 en el cerebro aumenta el punto de ajuste hipotalámico para la temperatura corporal. El complejo mecanismo de acción de los agentes pirógenos no se conoce completamente aún, lo que sí es indudable es que la variación del punto prefijado hipotalámico está mediada por la acción de la prostaglandina E2. Esto implica el aumento de la producción de calor mediante el aumento de la tasa metabólica y el aumento del tono muscular y la actividad, y la disminución de la pérdida de calor a través de la disminución de la perfusión de la piel. (INSN, 2019b).

En tal sentido, haciendo el análisis de la valoración y corroborando con la bibliografía, priorizamos el diagnóstico de enfermería: Hipertermia r/c aumento de la tasa metabólica m/p temperatura de 39°C, piel caliente y taquicardia. El diagnóstico Hipertermia pertenece al dominio seguridad y protección y a la clase termorregulación; el paciente en estudio presentó temperatura corporal de 39°C el cual es definido como la temperatura corporal central por encima del rango diurno normal debido a fallas en la termorregulación, de diversas causas

patológicas que requiere el manejo de termorregulación para evitar daños irreversibles en los principales órganos vitales.

**Identificación de Problemas de Colaboración (PC) y sus Riesgos de Complicación (RC).** Para determinar cuáles son los problemas de colaboración (PC) así como los riesgos de complicación (RC) en el paciente, se utilizó el manual de diagnósticos de enfermería de Lynda Juall Carpenito (Carpenito, 2017). Se identificaron los siguientes:

- ✓ RC de Hemorragia
- ✓ RC de Insuficiencia Cardíaca
- ✓ RC de Insuficiencia Respiratoria
- ✓ RC de Shock Séptico
- ✓ RC de Íleo Paralítico
- ✓ RC de Hipoxemia
- ✓ RC de Hemotórax.

**Figura 2:** *Priorización del Riesgo de Complicación (RC) mediante una Red de razonamiento crítico basado en el Modelo AREA*



**Fuente:** Elaboración basada en el modelo A.R.E.A de Pesut y Herman (1999)

**Priorización de RC Principal.** Obtención del RC principal mediante una red de razonamiento crítico basado en el modelo área.

**Riesgo de Complicación Principal.** Se ha identificado como riesgo de complicación principal al shock séptico, puesto que es el que más flechas de relación tiene, vinculándose con el RC insuficiencia respiratoria, insuficiencia cardíaca.

**RC: Shock Séptico.**

**DxEp: (00007) Hipertermia.** R/c aumento de la tasa metabólica m/p temperatura de 39°C, piel caliente y taquicardia.

**Dominio.** XI: Seguridad / protección.

**Definición.** El shock séptico es un subconjunto de sepsis con aumento específico de la mortandad debido a las irregularidades graves de circulación y/o el metabolismo celular. En el shock séptico los órganos vitales y los tejidos no ofrecen la contribución de oxígeno necesario, lo cual crea una muerte gradual de las células y fallo en la función de los disímiles órganos finalizando en el fallecimiento del paciente. Este escenario se da con hipotensión persistente (determinado como la insuficiencia de los vasopresores para conservar la tensión arterial media  $\geq 65$  mm Hg, y un nivel de lactato sérico  $> 18$  mg/dl (2 mmol/L) pese a la reposición apropiada del volumen (Macedo, 2018).

**Justificación del RC Principal Shock Séptico.** Uno de los porqués más habituales de admisión en las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) y la fuente más significativa de parada cardiorrespiratoria en la infancia es la IRA (Fernández & Pérez, 2020).

R.C: Shock séptico en relación a R.C: Hipoxemia. Casi siempre se detecta la sepsis por la aparición de taquipnea o hiperventilación e hipoxemia. La sepsis incita solicitudes exageradas a los pulmones, demandando un volumen alto de oxígeno por minuto, cuando ocurre esto, es

cuando la compliance del sistema respiratorio está disminuida y la resistencia en la vía aérea aumentada por bronco-constricción, entorpeciendo la actividad de la musculatura respiratoria. Por lo menos el 85% de los pacientes precisan ventilación mecánica de 7 a 14 días, y más de la mitad suelen desarrollar lesión pulmonar aguda severa o moderada, mostrándose en la radiografía de tórax en donde se refleja la presencia de edema pulmonar por acentuación de la permeabilidad alveolo-capilar, causando hipoxemia marcada (Vicente, Ramírez, Santamaría, Torres, & Capdevila, 2019)

**R.C: Shock Séptico en Relación a R.C: Íleo Paralítico.** La hipoperfusión intestinal ocasiona la disfunción de las células endoteliales y la pérdida de su función de barrera protectora que, en condiciones normales, evita el paso a la circulación portal de los microorganismos que habitualmente residen en el tubo digestivo. La presencia de bacterias en el intestino es patente especialmente en el íleon terminal y en el ciego. Asimismo, las enfermedades graves ayudan ampliamente su sobre-crecimiento. Por otra parte, la hipoperfusión y la reperfusión intestinal causan la emancipación masiva de cuantiosos intermediarios de la inflamación que benefician negativamente a la disfunción multiorgánica (Aviles, Figueira, Agrifoglio, & Sánchez, 2018).

### ***Planificación***

**Planificación del Diagnostico enfermero principal (DxEP).** Después de realizar la valoración y obtener un diagnóstico enfermero se procede a realizar un plan de seguimiento al paciente mediante la clasificación de resultados NOC y clasificación de intervenciones de enfermería NIC.

***DxEP (0007) Hipertermia.*** R/c alta tasa metabólica m/p temperatura de 39°C, piel caliente y taquicardia.

**Definición.** Temperatura corporal central por encima del rango diurno normal debido a fallas en la termorregulación, (Herdman et al., 2021ñ, Pág. 270).

**Dominio.** XI: Seguridad y protección.

**Clase.** 6: Termorregulación.

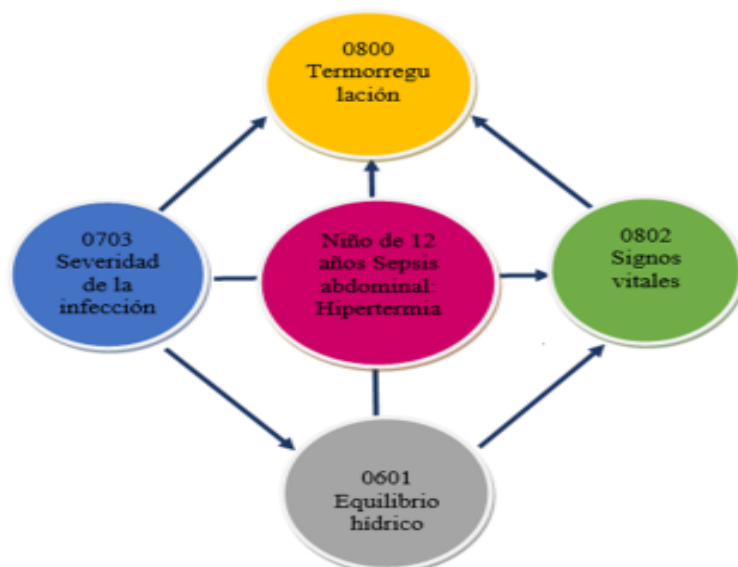
**Resultados (NOC) del Diagnostico Principal.** La taxonomía NOC responde a los resultados actuales del paciente y a los que se está intentando conseguir, utiliza cuatro dígitos y en los indicadores seis dígitos.

Para el DxEP (0007) Hipertermia, le corresponde los siguientes NOC:

- ✓ (0800) Termorregulación
- ✓ (0802) Signos Vitales
- ✓ (0703) Severidad de la infección
- ✓ (0602) Equilibrio hídrico.

**Priorización del NOC del Diagnostico Enfermero Principal.** Se realiza el análisis en la red de razonamiento crítico, para definir el NOC principal según se evidencia en la figura 3.

**Figura 3:** Red de Razonamiento Crítico de los resultados de enfermería, para el Diagnóstico Principal basado en el modelo AREA.



**Fuente:** Elaboración basada en el modelo A.R.E.A de Pesut y Herman (1999)

### **Justificación del NOC Principal del Diagnóstico Enfermero Principal Hipertermia.**

Tal como se puede observar en la red de razonamiento clínico el NOC principal corresponde a la termorregulación más relacionado con los demás, y fue elegido al realizar una red de razonamiento el cual se observa que es el que más flechas presenta.

#### ***(0800) Termorregulación.***

**Definición.** “Equilibrio entre la producción, la ganancia y la pérdida de calor” (Moorhead et al., 2018b; Pág. 581).

**Dominio.** II: Salud fisiológica.

**Clase.** I: Regulación metabólica.

#### **Tabla 1**

*Puntuación del NOC principal para el DxEp. con Escala Likert (Nivel 1: Gravemente comprometido.*

*Nivel 2: Sustancialmente comprometido. Nivel 3: Moderadamente comprometido. Nivel 4: Levemente comprometido. Nivel 5: No comprometido)*



NOC	Puntuación inicial (PI)	Puntuación diana (PD)	Tiempo
(0800) Termorregulación	1	4	12 horas

*Nota.* Elaboración en base a la clasificación de los resultados de Enfermería NOC a partir de la sexta edición.

## Tabla 2

*Puntuación de los indicadores del NOC principal con Escala Likert (Nivel 1: Gravemente comprometido.*

*Nivel 2: Sustancialmente comprometido. Nivel 3: Moderadamente comprometido. Nivel 4: Levemente comprometido. Nivel 5: No comprometido)*

Indicadores	Puntuación Inicial (PI)	Puntuación Diana (PD)	Tiempo
(080017) Frecuencia cardíaca apical	1	4	12 horas
(080012) Frecuencia cardíaca radial	1	4	12 horas
(080013) Frecuencia respiratoria	1	4	12 horas
(080010) Temperatura cutánea aumentada	1	4	12 horas
(080019) Hipertermia	1	4	12 horas
(080007) Cambios de coloración cutánea	1	4	12 horas

*Nota.* Elaboración en base a la clasificación de los resultados de Enfermería NOC a partir de la sexta edición.

**Intervenciones (NIC) para el NOC del DxE Principal: Termorregulación.** Para trabajar con las intervenciones enfermeras y sus actividades utilizaremos el libro de Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC):

### ***(3900) Regulación de la Temperatura.***

**Definición.** “Consecución y mantenimiento de una temperatura corporal” (Butcher et al., 2019d; pág. 392).

**Campo.** 2: Fisiológico complejo-cuidados que apoyan la regulación homeostática.

**Clase.** M: Termorregulación: intervenciones para mantener la temperatura corporal dentro de unos límites normales.

**Actividades.**

- ✓ (390001) Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas según corresponda.
- ✓ (390002) Controlar la presión arterial, el pulso y la respiración según corresponda
- ✓ (390003) Observar el color y la temperatura de la piel
- ✓ (390004) Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado.

**(3740) Tratamiento de la Fiebre.**

**Definición.** “Tratamiento de los síntomas y afecciones relacionadas con un aumento de la temperatura corporal causado por pirógenos endógenos” (Butcher et al., 2019e; pág. 426).

**Campo. 2:** Fisiológico complejo-cuidados que apoyan la regulación homeostática.

**Clase. M:** Termorregulación: intervenciones para mantener la temperatura corporal dentro de unos límites normales.

**Actividades.**

- ✓ (374001) Controlar la temperatura y otros signos vitales
- ✓ (374002) administrar medicamentos os líquidos IV (p. ej. antipiréticos, antibióticos)
- ✓ (374003) Aplicar un baño tibio con esponja con cuidado
- ✓ (374004) Humedecer los labios y la mucosa nasal secos.

**(6680) Monitorización de los Signos Vitales.**

**Definición.** “Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones” ((Butcher et al., 2019f; pág. 392).

**Campo. 2:** Fisiológico complejo-cuidados que apoyan la regulación homeostática.

**Clase. M:** Termorregulación: intervenciones para mantener la temperatura corporal dentro de unos límites normales.

**Actividades.**

- ✓ (668001) Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio según corresponda.
- ✓ (668002) Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura según corresponda.
- ✓ (668003) Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
- ✓ Las intervenciones de enfermería, como la regulación de la temperatura, el manejo de la fiebre y la monitorización de signos vitales resultan útil para mantener la temperatura corporal dentro de valores normales y tienen un papel indispensable para mantener las funciones vitales en el paciente crítico. Su objetivo principal es la normotermia, tras la administración de los antipiréticos y medios físicos el paciente disminuye gradualmente la temperatura corporal, pero se mantiene hemodinámicamente inestable. Se continúa monitorizando los signos vitales y se registra en la hoja de monitoreo lo cual contribuye a lograr mayor seguridad para el paciente y facilita la labor de enfermería.

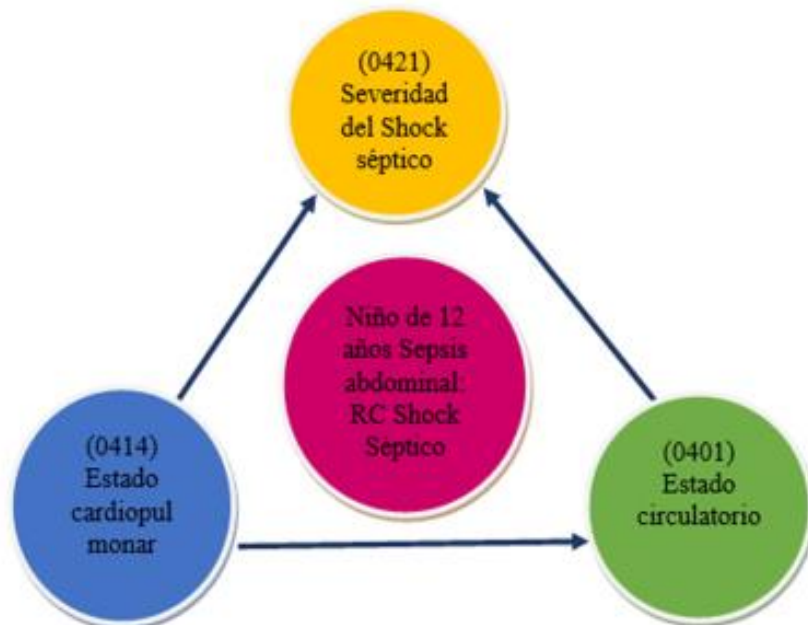
**Planificación del Riesgo de Complicación Principal (RC) Shock Séptico NOC.** Para poder sacar los resultados del riesgo de complicación principal nos basaremos en el libro de Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (Moorhead et al., 2018c).

**Resultados NOC del Riesgo de Complicación Principal.** La taxonomía NOC responde a los resultados del paciente que se desea conseguir, utiliza 4 dígitos y en los indicadores 6 dígitos. Para el RC shock séptico corresponde los siguientes NOC:

- ✓ (0414) Estado cardiopulmonar
- ✓ (0401) Estado circulatorio

✓ (0421) Severidad del shock séptico.

**Figura 4:** Priorización del NOC del RC principal mediante Red de Razonamiento crítico basado en el Modelo AREA.



**Fuente:** Elaboración basada en el modelo A.R.E.A de Pesut y Herman (1999)

**NOC Principal del RC Principal.** El manejo del shock séptico necesita una serie de medidas que comienzan con su pronto reconocimiento, lo que nos va permitir administrar oportunamente los tratamientos sensibles al tiempo de ejecución. Es muy significativo evaluar los procesos a fin de conseguir un progreso en la calidad de atención de los niños con sepsis, para esto es necesaria la responsabilidad del equipo de salud, las instituciones en particular y los gobiernos en general (Villalona, 2019).

Se concluye que el shock séptico es considerado una emergencia y el personal de Enfermería debe identificar los signos y saber intervenir con la suficiente antelación y eficacia para dar un cuidado de calidad al paciente.

**NOC priorizado del RC Shock Séptico.**

*(0421) Severidad del Shock: Séptico.*

**Definición.** “Gravedad de los signos y síntomas de un flujo sanguíneo inadecuado para la perfusión de los tejidos debido a una vasodilatación como resultado de la liberación de endotoxina con una infección generalizada” (Moorhead et al., 2018c; pág. 576).

**Dominio.** II: Salud fisiológica

**Clase.** Cardiopulmonar.

**Tabla 3**

*Puntuación del NOC Principal del RC Shock séptico. Escala Likert: 1. Desviación grave del rango normal, 2. Desviación sustancial del rango normal, 3. Desviación moderada del rango normal, 4. Desviación leve del rango normal, 5. Sin desviación del rango normal*

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(0421) Severidad del Shock Séptico	2	4	12 horas

Nota. Elaboración establecida en base a Palomar-Aumatell (2017a).

**Tabla 4**

*Puntuación de los indicadores del NOC principal del RC Shock Séptico.*

*Escala Likert: 1. Desviación grave del rango normal, 2. Desviación sustancial del rango normal, 3. Desviación moderada del rango normal, 4. Desviación leve del rango normal, 5. Sin desviación del rango normal.*

INDICADORES	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(042101) Disminución de la presión arterial sistólica	2	4	12 horas
(042101) Disminución de la presión arterial diastólica	2	4	12 horas
(042125) Disminución de nivel de conciencia	2	4	12 horas

Nota. Elaboración establecida en base a Palomar- Aumatell (2017b).

### **NIC**

**Intervenciones (NIC) para el riesgo de complicación Principal (RCp).** Para identificar las intervenciones que son necesarias para nuestro NOCp del RCp: (0421) Severidad del Shock Séptico utilizamos el libro Clasificación de Intervenciones de Enfermería (Butcher et al., 2019g).

**Riesgo de complicación principal (RCP) shock Séptico.**

**(2620) Monitorización Neurológica.**

*Definición.* “Recogida y análisis de los datos del paciente para evitar o minimizar las complicaciones neurológicas” (Butcher et al., 2019h; pág. 345).

Dominio: 2. Fisiológico complejo

Clase: I. Control neurológico

***Actividades.***

(262001) Vigilar el nivel de conciencia

(262002) Vigilar las tendencias de la escala de coma de Glasgow

(262003) Comprobar el nivel de orientación.

(262004) Notificar al médico los cambios en el estado del paciente

**(6200) Cuidados en la emergencia**

*Definición:* “Realizar la evaluación y aplicar medidas terapéuticas en situaciones urgentes” (Butcher et al., 2019i; pág. 150).

Dominio: 4. Seguridad

Clase: U. Control en casos de crisis.

***Actividades.***

(620001) Evaluar los signos y síntomas de parada cardíaca.

(620002) Realizar una reanimación cardiopulmonar que se centre en las compresiones torácicas con ventilación en los niños.

(620003) Iniciar 30 compresiones torácicas al ritmo y profundidad especificados, permitiendo la recuperación torácica completa entre las compresiones, minimizando las interrupciones en las compresiones y evitando una ventilación excesiva, según corresponda.

(620004) Aplicar dos ventilaciones después de haber completado 30 compresiones torácicas iniciales, según corresponda.

**(6680) Monitorización de los signos vitales.**

**Definición.** “Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones” (Butcher et al., 2019j).

**Dominio.** 4. Seguridad

**Clase.** V: Control de riesgos.

**Actividades.**

- ✓ (668001) Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.
- ✓ (668002) Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.
- ✓ (668003) Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíacos.
- ✓ (668004) Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorio (profundidad y simetría)
- ✓ (668005) Monitorizar la pulsioximetría.
- ✓ Se estableció un periodo de seguimiento de 12 horas. En el cual se observó un ligero descenso de la hipertermia y disminución de factores del riesgo de shock séptico, se evaluaron las actividades de enfermería en base a la comparación entre el estado de salud inicial del paciente y las condiciones de salud después de las intervenciones en relación al resultado esperado.

**Ejecución**

Para aplicar las intervenciones y actividades de enfermería el tiempo para los cuidados fue organizado en tres turnos (mañana, tarde y noche), se utilizó el libro de intervenciones NIC para determinar las actividades del DxEp: Hipertermia y del RCp: Shock séptico, con la finalidad

de modificar la puntuación basal de los indicadores que presentó el paciente. Así mismo nos permitió implementar los materiales y equipos, así como la preparación del paciente, preparación del ambiente y la aplicación estricta de las medidas de bioseguridad. Así mismo, se realizó la documentación escrita en la historia clínica de todos los procedimientos administrados según horario considerando las reacciones y efectividad de los mismos.

**Tabla 5**

*Cronograma de las intervenciones/actividades de enfermería*

Fecha	Intervenciones	M	T	N
10/08/2022	Diagnóstico de Enfermería principal: Hipertermia			
	(3900) Regulación de la temperatura.	8	4	10
	(390001) Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas según corresponda.	8,10,12	2,4,6	8,10,12,2,4,6
	(390002) Controlar la presión arterial, el pulso y la respiración según corresponda.	8	4	10
	(390003) Observar el color y la temperatura de la piel.	8	4	10
10/08/2022	(3740) Tratamiento de la fiebre			
	(374001) Controlar la temperatura y otros signos vitales.	8,10,12	2,4,6	8,10,12,2,4,6
	(374002) Administrar medicamentos o líquidos IV (p. ej antipiréticos, antibióticos).	8	4	10
	(374003) Aplicar un baño tibio con esponja con cuidado.	8	4	10
	(374004) Humedecer los labios y la mucosa nasal secos.	8, 12	4	8, 12, 4
10/08/2022	(6680) Monitorización de los signos vitales			
	(668001) Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio según corresponda.	8	4	10
	(668002) Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura según corresponda.	8	4	10
	(668003) Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.	8	4	10
	(390004) Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado.	8	4	10
	RCp: Shock séptico			
10/08/2022	(2620) Monitorización neurológica.			



	(262001) Vigilar el nivel de conciencia.	8	4	10
	(262002) Vigilar las tendencias de la escala de coma de Glasgow.	8	4	10
	(262003) Comprobar el nivel de orientación.	8	4	10
	(262004) Notificar al médico los cambios en el estado del paciente.	8	4	10
10/08/2022	(6200) Cuidados en la emergencia			
	(620001) Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.	8	4	10
	(620002) Anotar el movimiento torácico, mirando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.	8	4	10
	(620003) Observar si se producen respiraciones ruidosas, como estridor o ronquidos.	8	4	10
	(620004) Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire.	8	4	10

---

*Nota.* Elaboración en base a las actividades propuestas en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (Butcher et al., 2019k).

### ***Evaluación***

Se estableció un periodo de seguimiento de 12 horas. En el cual se observó un ligero descenso de la hipertermia y disminución de factores del riesgo de shock séptico, se evaluaron las actividades de enfermería en base a la comparación entre el estado de salud inicial del paciente y las condiciones de salud después de las intervenciones en relación al resultado esperado.

**Evaluación de Resultado del DxEp.** (00007) Hipertermia r/c aumento de la tasa metabólica m/p temperatura de 39°C, piel caliente y taquicardia.

**Definición.** “Temperatura corporal central por encima del rango diurno normal debido a fallas en la termorregulación” (Herdman et al., 2021o, p. 539).

**Dominio.** XI: Seguridad / protección

**Clase.** 6: Termorregulación

## NOC Priorizado del DxEp.

### (0800) Termorregulación.

**Definición.** “Equilibrio entre la producción, la ganancia y la pérdida de calor” (Moorhead et al., 2018d; Pág. 581).

**Dominio.** II: Salud fisiológica.

**Clase.** I: Regulación metabólica.

**Tabla 6**

*Puntuación NOC principal del DxEp*

NOC	Puntuación Basal	Puntuación Diana	Puntuación alcanzada	Puntuación de cambio	Tiempo
(000800) Termorregulación	1	4	2	+1	12 horas

*Nota.* Elaboración a partir de Palomar-Aumatell (2017c).

**Tabla 7**

*Indicadores del NOC principal del DxEp*

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación Diana	Tiempo
(080017) Frecuencia cardíaca apical	1	4	12 horas
(080012) Frecuencia cardíaca radial	1	4	12 horas
(080013) Frecuencia respiratoria	1	4	12 horas
(080010) Temperatura cutánea aumentada	1	4	12 horas
(080019) Hipertermia	1	4	12 horas
(080007) Cambios de coloración cutánea	1	4	12 horas

**Nota.** Elaboración a partir de Palomar-Aumatell (2017d).

Como se puede observar en la tabla 6, hubo un ligero cambio en la puntuación esperada del NOC del diagnóstico principal: termorregulación, puesto que inicialmente se tuvo como puntuación basal de 1 y muy a pesar de la administración de las intervenciones se ha mejorado la puntuación a 2, estableciendo una puntuación de cambio: +1, expresado por fluctuaciones

constantes de hipertemia durante el turno; sin embargo, en un tiempo de 12 horas no es suficiente para disminuir la hipertermia.

**Evaluación de resultado del RCp.** (00205) Riesgo de shock como se evidencia por hipertemia y presión arterial inestable, asociado a sepsis con punto de partida abdominal.

**Definición.** “Susceptible a un aporte sanguíneo inadecuado a los tejidos corporales que puede conducir a una disfunción celular que puede comprometer la salud” (Herdman et al., 2021p).

**Dominio.** 11: seguridad protección

**Clase.** 2: lesión física

**NOC Priorizado del DxEp.**

**(0421) Severidad de Shock Séptico.**

**Definición.** “Gravedad de los signos y síntomas de un flujo sanguíneo inadecuado para la perfusión de los tejidos debido a una vasodilatación como resultado de la liberación de endotoxinas con una infección generalizada” (Moorhead et al; 2018e, p. 577).

Dominio. II: Salud fisiológica.

Clase. E: Cardiopulmonar.

### Tabla 8

*Puntuación NOC principal del RCp*

NOC	Puntuación Basal	Puntuación Diana	Puntuación alcanzada	Puntuación de cambio	Tiempo
(00205) Shock séptico	1	4	2	+1	12 horas

*Nota.* Elaboración a partir de Palomar-Aumatell (2017e).

**Tabla 9**

*Indicadores del NOC principal del RCp: Severidad del Shock séptico*

<b>Indicadores</b>	<b>Puntuación Basal</b>	<b>Puntuación Diana</b>	<b>Puntuación alcanzada</b>	<b>Puntuación de cambio</b>	<b>Tiempo</b>
(042101) Disminución de la presión arterial sistólica	1	4	2	+1	12 horas
(042102) Disminución de la presión arterial diastólica	1	4	2	+1	12 horas
(042125) Disminución de nivel de conciencia	2	4	3	+1	12 horas

**Fuente:** Elaboración a partir de Palomar-Aumatell (2017f).

Como se puede observar en la tabla 8, hubo un ligero cambio en la puntuación esperada del NOC Shock séptico del RCp: Severidad del Shock séptico, puesto que inicialmente se tuvo como puntuación basal de 1, luego de la administración de las intervenciones se mejoró la puntuación a 2, estableciendo una puntuación de cambio: +1, expresado por la leve disminución de la hipertemia y el mantenimiento de la presión arterial media dentro de los valores normales durante el turno de 12 horas.

### **Discusión**

El paciente del presente estudio es recibido en la Unidad de Cuidados Intensivos, pos operado inmediato de tres horas de una laparotomía exploratoria por apendicitis perforada y peritonitis generalizada. Quien acudió por cuadro de dolor abdominal, acompañado de hiporexia, dolor a nivel de fosa iliaca derecha, dos días previo a su ingreso presenta deposiciones líquidas, fiebre, distensión abdominal y compromiso neurológico.

Tras la revisión bibliográfica se obtuvo numerosos estudios que muestran el rol fundamental que tiene enfermería con sus cuidados integrales y de calidad para ayudar a pacientes con diagnóstico médico de sepsis, con manifestaciones clínicas de hipotensión. Para este se menciona el diagnóstico de hipertemia (00007) que coincide con el objetivo de

termorregulación (0800) del estudio presentado por Vásquez (2022). en cuyo caso se procedió al control de la temperatura y otros signos vitales coincidiendo en con el presente estudio, sumado a la supervisión de la coloración y temperatura de la piel entre las actividades de regulación de la temperatura (3900).

Realizar un plan de cuidados es una herramienta de enfermería que brinda autonomía, está orientada a recopilar información del paciente y a ejecutar un conjunto de actividades para reforzar los malestares a nivel físico, emocional, espiritual y social. Por ende, su capacidad de personalizar la asistencia le ofrece mayor relevancia en la enfermería. Dado que, los pacientes pediátricos en estas condiciones son vulnerables y dependientes muchas veces de sus familiares directos, por tanto, necesitan de un trato humano que los haga sentir seguros y a salvo, para ello es necesario contar con un equipo de profesionales de la salud atentos en todo momento a su evolución mientras se resuelve los cuidados su problema de salud. (Chase & Rosario, 2021).

Por lo mismo, se consideró a la familia de la paciente como otro de los componentes en la atención holística que se brinda; dado que, los pacientes pediátricos requieren un control más riguroso debido a su incapacidad, en algunos casos, de manifestar la presencia de algún signo de alerta. Dado esto, se realizaron las intervenciones de enfermería considerando las teorías de los Cuidados de Callista Roy y Jean Watson aunado al modelo de Virginia Henderson y la teoría de las necesidades humanas de Maslow para realizar el plan de cuidados, el cual se centró en las necesidades prioritarias presentadas por el paciente, ya que, hacen referencia al cuidado holístico y humano. La relación existente entre las teorías y la situación de la paciente, se observa tras el diagnóstico médico de sepsis, con manifestaciones clínicas de hipotensión. (Guizado, 2020).

Se consideró como prioridad el diagnóstico obtenido de Hipertermia r/c aumento de la tasa metabólica e/p temperatura 39°C, piel caliente y taquicardia. Por ende, en función a la red de

razonamiento clínico, el NOC principal para estos casos es la termorregulación que viene a ser el “Equilibrio entre la producción, la ganancia y la pérdida de calor” y los NIC elegidos según las características del diagnóstico son la regulación de la temperatura (3900), tratamiento de la fiebre (3740) y la monitorización de los signos vitales (6680) respectivamente, considerados durante la estadía hospitalaria del paciente. Y es aquí donde el profesional de enfermería juega un papel importante en el manejo del dolor con tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Para el caso del riesgo de complicación principal, fue el Shock séptico, para lo cual se consideró como prioridad la Severidad del Shock Séptico (0421), el cual se define como gravedad de los signos y síntomas de un flujo sanguíneo considerado como inadecuado para la perfusión de los tejidos cuyo origen radica en una vasodilatación como resultado de la liberación de endotoxina con una infección generalizada (Chiscano, Plata, Ruiz, & Ferrer, 2022). Mientras que, los NIC elegidos son la monitorización neurológica, cuidados en la emergencia y monitorización de los signos vitales. Es en este sentido que las acciones de enfermería juegan un rol muy importante al estar dirigidas a la prevención y evitar que este problema se instale.

Se sabe que la hipertemia es un trastorno de la regulación en lo que refiere a la temperatura interna como consecuencia del impedimento del cuerpo para termorregularse (Herdman et al., 2021q), ocasionando no solo múltiples molestias en quien lo padece, esto se vuelve factor de riesgo para la presencia de sepsis, considerada como una patología con un alto índice de mortalidad superando el 75% de los casos a pesar del diagnóstico y tratamiento de los casos (Vázquez, 2022). Por ello, es importante la prevención y el diagnóstico oportuno en niños como en embarazadas y personas de escasos recursos, ya que se presenta en el 85% de casos en lo que respecta a América Latina (OMS, 2020).

Para concluir, como profesionales de la salud se debe hacer una buena valoración y evitar que se presenten algún riesgo de complicación para no agravar las situaciones ya existentes en nuestras pacientes. Debido a los cuidados que se le ha proporcionado a la paciente, se observa una evolución positiva, si lo comparamos con la fase inicial del plan de cuidados.

### **Limitaciones**

Las limitaciones halladas en el desarrollo de la investigación fueron:

Poco tiempo para realizar el seguimiento del caso en estudio por la gravedad de salud que presenta nuestro paciente y las consecuencias poco predecibles. En los días siguientes observados se ha evidenciado una leve mejoría en respuesta a la administración de intervenciones de enfermería y del equipo multidisciplinario. Por ello, continuó con un plan de cuidados de enfermería individualizado durante su estadía en la UCI pediátrica.

Limitaciones de acceso a las informaciones por parte del paciente (secreto profesional). Solo se pudo tener acceso a la historia clínica en el área de UCI Pediátrica.

La inestabilidad de la red de sistemas de internet, no ha permitido el registro continuo de la información y el desarrollo consensuado del trabajo.

El tiempo limitado para hacer el seguimiento del caso en estudio por ser un servicio restringido donde hay control estricto de las medidas de bioseguridad.

## Conclusiones

La sepsis abdominal es un proceso inflamatorio del peritoneo causada por un microorganismo patógeno (E.coli, Klebsiella, Enterobacter, Proteus y Pseudomonas). Asimismo, la hipertermia es el aumento de la tasa metabólica con temperatura superior a 38°C y taquicardia, que requiere de una atención de enfermería inmediata con medios físicos y farmacológicos.

Por lo mismo, el rol de enfermería para tratar la hipertermia y el riesgo de complicación de shock séptico en el paciente con sepsis punto de partida abdominal es muy importante; así como, que el profesional especialista en cuidados intensivos pediátricos desarrolle competencias y habilidades especiales en la atención del paciente crítico pediátrico.

Por añadidura, la ejecución del proceso de enfermería nos permitió identificar como diagnóstico principal a la (00007) Hipertermia r/c aumento de la tasa metabólica m/p 39°C de temperatura, piel caliente y taquicardia; por lo cual, se elaboró y dio cumplimiento al plan de cuidados que permitió aplicar medidas asistenciales oportunas que se evidenciaron con resultados hemodinámicos favorables, disminuyendo los riesgos y complicaciones de la sepsis.

En función a lo anterior, queda en evidencia que un diagnóstico oportuno sumado a una buena planificación de los cuidados de enfermería contribuye al bienestar de pacientes, siendo necesario la unión entre el personal asistencial y la familia en casos tan delicados como los pacientes pediátricos. Por ello, un adecuado y documentado proceso de atención de enfermería juega un papel fundamental en la restauración de la salud de dichos pacientes.



## Referencias

- Alcantara, M. (2023). *Proceso atención enfermería en adulto joven con sepsis de gangrena fournier* [Examen complejo de licenciatura, Universidad técnica de Babahoyo]. Repositorio institucional. <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/13981>
- Aviles, M., Figueira, J., Agrifoglio, A., & Sánchez, M. (2018). Bacteriemia, sepsis y shock séptico. *Medicine*, 12 (52). <https://daneshyari.com/article/preview/8764297.pdf>
- Banchón, J., Camacho, D., Fernández, C., & Villacís, J. (2020). Conceptos actuales de sepsis y shock séptico. *Journal of American health*, 3(2). <https://doi.org/10.37958/jah.v3i2.38>
- Barrionuevo, R. (2022). Cuidados enfermeros a puérpera con sepsis tras peritonitis aguda. *Enfermería*, 5(11). <https://revistamedica.com/cuidados-enfermeros-puerpera-sepsis-peritonitis-aguda/#Sepsis-abdominal>
- Braña, A. (2023). *Cuidados de enfermería en el paciente con insuficiencia renal crónica* [Trabajo académico de bachiller, Universidad de Oviedo]. Repositorio institucional. <https://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/66369>
- Bustos, A., Guerrero, S., & Manrique, E. (2021). Factores asociados a sepsis abdominal en pacientes con laparotomía por trauma abdominal penetrante. *Revista colombiana de cirugía*, 36(3). <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/842>
- Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J., & Wagner, C. (2019). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (7ma ed.). Elsevier. <https://books.google.com.py/books?id=5R19DwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Cabrera, M., & Cháves, M. (2020). Marcadores moleculares en el diagnóstico y pronóstico de la sepsis abdominal. Em M. Cabrera, & M. Cháves, *Marcadores moleculares en el*

- diagnóstico y pronóstico de la sepsis abdominal* (pp. 35 - 66). Universidad Santiago de Cali. <https://libros.usc.edu.co/index.php/usc/catalog/download/194/198/3416?inline=1>
- Camacho, R. (2020). Cuidado de enfermería en la angustia ante la muerte: narrativa de enfermería. *Revista Ene De Enfermería*, 14(3).  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2020000300011](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000300011)
- Carbajal, J. (2022). *Calidad de los cuidados de enfermería y nivel de satisfacción del paciente oncológico del Hospital Cayetano Heredia en el periodo de enero–marzo 2022 [Trabajo académico de licenciatura, Universidad Norbert Wiener]*. Repositorio institucional.  
<https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/6675?locale-attribute=es>
- Carpenito, L. (2017). *Manual de Diagnósticos Enfermeros*. Lippincott Williams & Wilkins.  
[https://www.google.com.pe/books/edition/Manual\\_de\\_Diagn%C3%B3sticos\\_Enfermeros/\\_ajAdvAAACAAJ?hl=es](https://www.google.com.pe/books/edition/Manual_de_Diagn%C3%B3sticos_Enfermeros/_ajAdvAAACAAJ?hl=es)
- Carrión, G., & Porras, O. (Abril de 2022). *Galenus*. Obtido de <https://med-cmc.com/sepsis-abdominal-fisiopatologia-diagnostico-y-tratamiento/>
- Castillo, E. (2022). *Diseño de un sistema de información para detección precoz y seguimiento de pacientes con sepsis [Tesis de doctorado, Universidad de Murcia]*. Digitum.  
<https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/118185>
- Cerezo, G. (2019). *Muerte materna por shock séptico debido a óbito fetal [Examen complejo de licenciatura, Universidad Técnica de Babahoyo]*. Repositorio institucional.  
<http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/6499>
- Chase, M., & Rosario, Y. (2021). Proceso de atención de enfermería en sepsis abdominal basado en la teoría de Dorothea Orem [Trabajo académico de licenciatura, Universidad

- Tecnoñógica de Machala]. UTMACH Repositorio digital.  
<http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/16469>
- Chiscano, L., Plata, E., Ruiz, J., & Ferrer, R. (2022). Fisiopatología del shock séptico. *Medicina Intensiva*, 46 (supl1). <https://www.medintensiva.org/es-fisiopatologia-del-shock-septico-articulo-S0210569122001097>
- Clinica Universidad de Navarra. (2023). *CUN*. Recuperado de: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/sepsis-abdominal>
- Cruz, A. (2023). *Factores de riesgo asociado a apendicitis aguda complicada en pacientes pediátricos del hospital de Emergencias Pediátricas Del Periodo 2019-2021*. [Tesis de licenciatura, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio institucional.  
<https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/6264>
- Cruz, J., Camacho, M., & Jimenez, R. (2021). Reflexiones teóricas sobre las necesidades humanas. *Revista Latinoamericana de Educación y Estudios Interculturales*, 5(4), 39-51.  
doi:[https://www.researchgate.net/profile/Randy-Jimenez-Jimenez/publication/359448263\\_Reflexiones\\_teoricas\\_sobre\\_las\\_necesidades\\_humanas\\_Theoretical\\_reflections\\_on\\_human\\_needs/links/623d149fae68894e2a2c049a/Reflexiones-teoricas-sobre-las-necesidades-humanas-Th](https://www.researchgate.net/profile/Randy-Jimenez-Jimenez/publication/359448263_Reflexiones_teoricas_sobre_las_necesidades_humanas_Theoretical_reflections_on_human_needs/links/623d149fae68894e2a2c049a/Reflexiones-teoricas-sobre-las-necesidades-humanas-Th)
- Cuadrado, A. (2022). *uidados de enfermería en síndrome de dificultad respiratoria relacionados a la percepción de los padres en neonatología 2022*. Trabajo académico de licenciatura, Universidad Técnica del Norte]. Repositorio institucional.  
<http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/12732>
- De la Cruz, M., Montejo, G., & Pérez, M. (2021). Estudio de caso a persona con alteración renal en hemodiálisis aplicando el modelo de Virginia Henderson. *Revista de Enfermería*

*Neurológica*, 20(3).

doi:<https://revenferneuroenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/359>

- Delgado, D., Hernández, S., Suarez, M., & Palma, J. (2022). Sepsis neonatal y cuidados de enfermería en recién nacidos atendidos en hospitales de Ecuador. *RECIAMUC*, 1, 294-302. <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/792>
- Delgado, M., García, A., Villamizar, B., Ibáñez, L., & Alarcón, L. (2020). Factores relacionados al diagnóstico de enfermería “deterioro de la dentición” en escolares. *Revista Ciencia y Cuidado*, 17(1), 43-56. <https://doi.org/10.22463/17949831.1452>
- Diccionario Médico. (2023). *Sepsis abdominal*. Obtido de Clínica Universidad de Navarra. Recuperado de: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/sepsis-abdominal>
- Surana N.K., Dinarello C.A., Porat R. (2018). Fiebre. En Loscalzo J., Fauci A., Kasper D., Hauser S., Longo D., Jameson J. *Principios de Medicina Interna* (21ra ed.). McGraw-Hill Education
- Donoso, A., & Arriagada, D. (2018). Fiebre y terapia antipiretica en el paciente con sepsis en la unidad de cuidados intensivos. *Boletin medico del Hospital Infantil de Mexico*, 203-215. Obtido de [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462018000400203](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462018000400203)
- Escobar, P. (2010). *Cuidados de enfermeria en la UCI Pediatrica*. Hospital Vall d’Hebron. Recuperado de: <https://www.neurotrauma.net/pic2012/uploads/Documentacion/Enfermeria/PurificacionEscobar.pdf>

- Feijoo, M., & Flores, C. (2023). Beneficios de la implementación del código sepsis en pacientes con shock séptico en el área hospitalaria. *TESLA Revista científica*, 3(1).  
doi:<https://tesla.puertomaderoeditorial.com.ar/index.php/tesla/article/view/167>
- Fernández, F., & Pérez, A. (2020). Síndrome de abstinencia en la UCIP. *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría*, 3, 3-15.  
doi:[https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/01\\_sindrome\\_ucip.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/01_sindrome_ucip.pdf)
- Forrester, J. (2021). Sepsis y shock séptico. *ManualMSD*. <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/cuidados-cr%C3%ADticos/sepsis-y-shock-s%C3%A9ptico/sepsis-y-shock-s%C3%A9ptico>
- García, M., García, M., Benavidez, A., & Koelig, R. (2020). Pacientes con infección intrabdominal en la unidad de cuidados intensivos. *Revista Cubana de Cirugía*, 59 (3).  
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=100496>
- Godínez, A., García, D., Montero, P., Martínez, A., Gutiérrez, C., & Gracida, N. (2018). Utilidad del índice SOFA en sepsis abdominal por peritonitis secundaria. *Revista del Hospital Juárez de México*, 85 (4). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=84029&id2=>
- Gómez, B. (2020). Sepsis. *Asociación Española de Pediatría*, 153.  
[https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/12\\_sepsis.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/12_sepsis.pdf)
- Gómez, C. (2019). *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencias de pediatría* (3ra ed.). Recuperado de: [https://seup.org/pdf\\_public/pub/protocolos/12\\_Sepsis.pdf](https://seup.org/pdf_public/pub/protocolos/12_Sepsis.pdf)
- Gorordo, L. (2023). *Sepsis: Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento*. Intersistemas.
- Grant, N. (2020). Cirugía de control de daños en pacientes no traumatizados. *Rev. Ucr.*, 10(4).  
doi:[https://doi.org/10.15517/rc\\_ucr-hsjd.v10i4.43505](https://doi.org/10.15517/rc_ucr-hsjd.v10i4.43505)

- Grupo Sepsis Navarra. (2018). Pediatría [Proceso Asistencia Integrado Sepsis del Niño. Código Sepsis]. *Servicio Navarro de Salud*. <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/90749700-0BB2-40D3-B57F-5B212B2CF1FD/409202/PEDIATRIA2018SEPSISNAVARRAFINAL.pdf>
- Guizado, C. (2020). *Cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería según la teoría de Jean Watson en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue Lima, 2019*. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Federico Villareal]. Repositorio institucional. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/4249>
- Herdman, H., Kamitsuru, S., & Tálcao, C. (2021). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2021-2023* (12da ed.). Thieme.
- INSNSN. (2019). *Guía de práctica clínica de diagnóstico y manejo de la fiebre en el paciente pediátrico*. Lima. Recuperado de: <https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2023/GPC%20Fiebre.pdf>
- Jiménez, J., Gorordo, L., Merinos, G., Santillán, D., Rosas, F., Sánchez, D., & Juárez, R. (2023). Declaración de Guadalajara: una visión constructiva desde el servicio de urgencias a partir de la Surviving Sepsis Campaign 2021. *Emergencias*, 35(1). doi:[https://www.researchgate.net/profile/Rafael-Diaz-34/publication/368388236\\_The\\_Guadalajara\\_Declaration\\_on\\_sepsis\\_emergency\\_physicians'\\_constructive\\_comments\\_on\\_the\\_Surviving\\_Sepsis\\_Campaign's\\_2021\\_updated\\_guidelines/links/64228415a1b72772e42f8fac/The-Guada](https://www.researchgate.net/profile/Rafael-Diaz-34/publication/368388236_The_Guadalajara_Declaration_on_sepsis_emergency_physicians'_constructive_comments_on_the_Surviving_Sepsis_Campaign's_2021_updated_guidelines/links/64228415a1b72772e42f8fac/The-Guada)
- Jiménez, J., Supino, M., López, J., Ulloa, C., Vargas, L., & Gonzales, J. (2019). Puntos clave y controversias sobre la sepsis en los servicios de urgencias: propuestas de mejora para

Latinoamérica. *Emergencias*, 31 (2), 123 - 135.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6879938>

Juan, N., Soler, X., Javier, I., & Ibarrola, N. (2021). *Manejo del código sepsis en adultos (vol.*

*I.)*. Centro médico Teknon . <https://www.teknon.es/es/centro/uci-uc.ficheros/3072968-EMI.02.Manejo>

Kliegman, R., Geme, J., Blum, N., Shah, S., & Tasker, R. (2020). *Nelson. Tratado de pediatría* (21ra ed.). Elsevier Health Sciences.

<https://books.google.com.pe/books?id=YgDpDwAAQBAJ&pg=PA2147&lpg=PA2147&dq=Escherichia+coli+y+Klebsiella+pneumoniae,+son+los+encontrados+con+mayor+frecuencia.+Las+peritonitis+por+Mycobacterium+tuberculosis,+Neisseria+meningitidis+y+Mycobacterium+bovis+son+>

Lewis III, J. (2023). Alcalosis metabólica. *Manual MSD*. <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-endocrinol%C3%B3gicos-y-metab%C3%B3licos/regulaci%C3%B3n-y-trastornos-del-equilibrio-%C3%A1cido-base/alcalosis-metab%C3%B3lica?query=Alcalosis>

Lozada, J., & Paredes, D. (2022). *Prevención y factores de riesgo asociados a sepsis neonatal temprana. Hospital Carlos Andrade Marín, 2021* [Tesis de licenciatura, Universidad

Nacional de Chimborazo]. Repositorio institucional.

<http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/9711>

Macas Noblecilla, J. A., Adrián Cajas, A. J., Aguilera Nieto, J. S., & García Arteaga, M. F.

(2021). Shock séptico foco abdominal secundario a colangitis caso clínico en Hospital Clínica San Francisco. *RECIAMUC*, 5(4), 334-342.

[https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.\(4\).noviembre.2021.334-342](https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.(4).noviembre.2021.334-342)

- Macedo, P. (2018). *Cuidados de enfermería en el recién nacido con sepsis neonatal [Trabajo académico de licenciatura, Universidad Inca Garcilazo de la Vega]*. Repositorio inatitucional. <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/2601?show=full>
- Márquez, E., Sánchez, J., Peniche, K., Martínez, E., Villegas, J., & Calyeca, M. (2019). Origen de la acidosis metabólica según los determinantes del déficit de base en pacientes con choque séptico como factor de riesgo para mortalidad. *Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica)*, 33(4). [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-89092019000400182&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-89092019000400182&script=sci_arttext)
- Martin-Loeches, I., Timsit, J. F., Leone, M., de Waele, J., Sartelli, M., Kerrigan, S., Azevedo, L. C. P., & Einav, S. (2019). Clinical controversies in abdominal sepsis. Insights for critical care settings. *Journal of Critical Care*, 53, 53–58. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2019.05.023>
- Miranda-Limachi, K. E., Rodríguez-Núñez, Y., & Cajachagua-Castro, M. (2019). Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. *Enfermería universitaria*, 16(4). <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.623>
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. (2018). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. Elsevier.
- Munguía, N. (2021). *Avances en el diagnóstico y tratamiento de la sepsis neonatal*. Trabajo académico de bachiller, Universidad del País Vasco]. Repositorio institucional. <https://addi.ehu.es/handle/10810/54861>
- Muñoz, M. (2022). *La humanización en los cuidados de enfermería en los servicios de emergencias y urgencias*. Tesis de maestría, Universidad de Jaén]. Recuperado de:



[https://crea.ujaen.es/jspui/bitstream/10953.1/17970/1/MUOZ\\_CID\\_MARIA\\_FLORENCIA\\_TFM.pdf](https://crea.ujaen.es/jspui/bitstream/10953.1/17970/1/MUOZ_CID_MARIA_FLORENCIA_TFM.pdf)

Navarro, S., Berdejo, J., Uruen, M., Pobo, B., Herrero, A., & Crespo, E. (2021). Atención de enfermería al paciente con sepsis. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(5).

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8067310>

Oliveros, C., Losada, S., Gutiérrez, N., & Sanchez, L. (2019). Experiencia y afrontamiento de mujeres con cáncer de mama, mediante la teoría de Callista Roy. *Revista Navarra Médica*, 5(1), 40-48.

<https://journals.uninavarra.edu.co/index.php/navarramedica/article/view/195>

OMS. (2020). Llamamiento de la OMS a la acción mundial contra la septicemia, causa de una de cada cinco muertes en el mundo. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news/item/08-09-2020-who-calls-for-global-action-on-sepsis---cause-of-1-in-5-deaths-worldwide>

OPS. (25 de Abril de 2018). *Sepsis*. Recuperado de:

<https://www.paho.org/es/temas/sepsis#:~:text=La%20sepsis%20es%20una%20urgencia,poner%20en%20riesgo%20la%20vida.>

Owusu-Ansah, S. (2018). Sepsis en bebés y niños. *American Academy of Pediatrics*.

<https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/infections/Paginas/Sepsis-in-Infants-Children.aspx>

Pacheco, A. (2020). *Características clínicas y epidemiológicas en pacientes con sepsis admitidos en el servicio de UCI adultos de un hospital privado de Lima* [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Unión]. Repositorio institucional.

<https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/3020>

- Palomar, S., Cisneros, B., Martínez, J., Bescós, J., Bueno, C., & Calvo, I. (2022). Proceso de atención de enfermería a neonato con sepsis. *Revista Sanitaria de Investigación, 1*(1). doi:<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-a-neonato-con-sepsis/>
- Palomar-Aumatell, X. (2017). Uso De Un Indicador Noc, Para Valorar La Cinetosis. Recuperado de: <http://repositori.uvic.cat/handle/10854/4969>
- Pérez, A., & Somoza, F. (2023). Restricción de fluidoterapia intravenosa en UCI en pacientes con shock séptico. *MPG, 4*(20). doi:<https://mpgjournal.mpg.es/index.php/journal/article/download/751/1292/>
- Pérez, O., Gorordo, L., Porras, O., & Altamirano, C. (2023). Sepsis abdominal. *Intersistemas*. [https://www.google.com.pe/books/edition/Sepsis\\_Fisiopatolog%C3%ADa\\_diagn%C3%B3stico\\_y\\_tr/2X-\\_EAAAQBAJ?hl=es&gbpv=1&pg=PP1&printsec=frontcover](https://www.google.com.pe/books/edition/Sepsis_Fisiopatolog%C3%ADa_diagn%C3%B3stico_y_tr/2X-_EAAAQBAJ?hl=es&gbpv=1&pg=PP1&printsec=frontcover)
- Picón, Y., Orozco, J., Molina, J., & Franky, M. (2020). Control central de la temperatura corporal y sus alteraciones: fiebre, hipertermia e hipotermia. *MedUNAB, 23*(1), 118-130. <https://doi.org/10.29375/01237047.3714>
- Rêgo, V., Rêgo, B., Mahkoul, G., & Abib, V. (2022). Hipertemia Maligna: Uma revisão clínica da literatura. *Revista Corpus Hippocraticum, 1*(1). <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-medicina/article/view/695>
- Rojas, E., & Peranovich, A. (2022). Mortalidad por sepsis y causas potencialmente asociadas en Argentina. Análisis con perspectiva sociodemográfica, período 2005-2019. *Revista de salud publica del Paraguay, 12*(1). [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2307-33492022000100039](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-33492022000100039)

- Rubio, M., & Rojas, A. (2018). *Revista Médica y de Enfermería Ocronos*, 11 de junio.  
<https://revistamedica.com/sepsis-neonatal-manifestaciones-cuidados-enfermeros/#:~:text=Una%20enfermera%20por%20cada%20neonato,soluci%C3%B3n%20antis%C3%A9ptica%20y%20despu%C3%A9s%20esterilizar.>
- Ruiz, A., & Pantoja, L. (2022). Características clínico-epidemiológicas de sepsis neonatal temprana en un hospital público, Lima, Perú. *Horizonte Medico*, 22(4).  
<https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/2095>
- Sooriakumaran, P., Jayasena, C., & Sharman, A. (2021). *100 Medical Emergencies for Finals*. CRC Press. Recuperado de:  
[https://books.google.com.pe/books?id=kAHzEAAAQBAJ&newbks=0&printsec=frontcover&pg=PA107&dq=%22acute+peritonitis%22&hl=es&source=newbks\\_fb&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=kAHzEAAAQBAJ&newbks=0&printsec=frontcover&pg=PA107&dq=%22acute+peritonitis%22&hl=es&source=newbks_fb&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
- Vázquez, M. (2022). *Intervenciones estandarizadas de cuidado enfermero en personas con enfermedad de sepsis abdominal* [Tesis Maestría, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo].  
[http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/xmlui/bitstream/handle/DGB\\_UMICH/8536/FE-M-2022-1466.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/xmlui/bitstream/handle/DGB_UMICH/8536/FE-M-2022-1466.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Velasquez, E. (2022). *Factores de riesgo que influyen en la pérdida auditiva de conductores profesionales y no profesionales que asisten a un centro de reconocimiento de conductores (CRC) en la ciudad de Yumbo en 2020*. Tesis de maestría, Universidad del Valle. Biblioteca digital Universidad del Valle. <https://hdl.handle.net/10893/22151>
- Vera, O. (2019). Sepsis y shock séptico. *Cuadernos Hospital de Clínicas*, 60(1).  
[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1652-67762019000300010](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762019000300010)

- Verdesoto, F., Yáñez, J. & Ordóñez, T. (2022). Principales escalas predictoras de mortalidad asociadas a shock séptico de origen abdominal en adultos. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 2(1), 1-7. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2022209>
- Vicente, M., Ramírez, M., Santamaría, C., Torres, I., & Capdevila, L. (2019). Valoración funcional respiratoria en trabajadores. Riesgos laborales y consumo de tabaco. *Medicina Interna de México*, 35(6), 845-861. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2019/mim196c.pdf>
- Villalona, F. (2019). Shock séptico de origen pulmonar. *OPS*. <https://www.paho.org/es/relacsis-0/foro-dr-roberto-becker/shock-septico-origen-pulmonar>
- Zubiran, S. (2011). *Prólogo para la 6a Edición del Manual de Terapéutica Médica y Procedimientos de Urgencia*. McGraw Hill. Recuperado de: <https://www.untumbes.edu.pe/bmedicina/libros/Libros%20de%20Medicina%20I/libro20.pdf>

## **Apéndices**

## Anexo A: Guía de valoración de enfermería en UCI pediátrica

### Universidad Peruana Unión – Escuela Profesional de Enfermería - UPG Ciencias de la Salud

DATOS GENERALES	
Nombre del usuario: _____ Fecha nacimiento: _____ Edad: _____ Fecha de ingreso al servicio: _____ Hora: _____ Persona de referencia: _____ Telf. _____ Procedencia: Admisión      Emergencia      Otro _____ Forma de llegada: Ambulatorio      Silla de ruedas      Camilla Peso: _____ Estatura: _____ PA: _____ FC: _____ FR: _____ T° _____ Fuente de Información: Paciente      Familiar/amigo      Otro: _____ Motivo de ingreso: _____ Dx. Médico: _____ Fecha de la valoración: _____	
VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <b style="text-align: center;">PATRON PERCEPCION- CONTROL DE LA SALUD</b> </div> <p><b>Antecedentes de Enfermedades y/o Quirúrgicas:</b>            HTA ( ) DM ( ) Gastritis/Ulcera ( ) TBC ( ) Asma ( )            Otros: _____</p> <p><b>Alergias y Otras Reacciones:</b> Polvo ( ) Medicamentos ( )            Alimentos ( ) Otros: _____</p> <p><b>Estado de Higiene:</b> Bueno ( ) Regular ( ) Malo ( )</p> <p><b>Estilos de Vida/Hábitos:</b> Hace Deporte ( )            Consumos de Agua Pura ( ) Comida Chatarra ( )</p> <p><b>Factores de Riesgo:</b>            Bajo Peso: Si ( ) No ( ) Vacunas Completas: Si ( ) No ( )            Hospitalizaciones Previas: Si ( ) No ( )            Descripción: _____            Consumo de Medicamentos Prescritos: Si ( ) No ( )            Especifique: _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <b style="text-align: center;">PATRON RELACIONES-ROL</b> </div> <p>Se relaciona con el entorno: Si ( ) No ( )            Compañía de los padres: Si ( ) No ( )            Recibe Visitas: Si ( ) No ( )            Comentarios: _____</p> <p><b>Relaciones Familiares:</b> Buena ( ) Mala ( ) Conflictos ( )            Disposición Positiva para el Cuidado del Niño: Si ( ) No ( )            Familia Nuclear: Si ( ) No ( ) Familia Ampliada Si ( ) No ( )            Padres Separados: Si ( ) No ( )            Problema de Alcoholismo: Si ( ) No ( )            Problemas de Drogadicción: Si ( ) No ( )            Pandillaje: Si ( ) No ( ) Otros: _____            Especifique: _____            Comentarios: _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <b style="text-align: center;">PATRON PERCEPTIVO-COGNITIVO</b> </div> <p><b>Nivel de Conciencia:</b> Orientado ( ) Alerta ( ) Despierto ( )            Somnoliento ( ) Confuso ( ) Irritable ( )            Estupor ( ) Coma ( )            Comentarios: _____</p> <p><b>Pupilas:</b> Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Reactivas ( )</p>	<p>Religión de los Padres: Católico ( ) Evangélico ( ) Adventista ( )            Otros: _____ Observaciones: _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <b style="text-align: center;">PATRON AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACION Y AL ESTRÉS</b> </div> <p><b>Reactividad:</b> Activo ( ) Hipo activo ( ) Hiperactivo ( )  <b>Estado Emocional:</b> Tranquilo ( ) Ansioso ( ) Irritable ( )            Negativo ( ) Indiferente ( ) Temeroso ( )            Intranquilo ( ) Agresivo ( )  <b>Llanto Persistente:</b> Si ( ) No ( )            Comentarios: _____            Participación Paciente/Familia en las Actividades Diarias y/o            Procedimientos: Si ( ) No ( )            Reacción frente a la Enfermedad Paciente y familia:            Ansiedad ( ) Indiferencia ( ) Rechazo ( )            Comentarios: _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <b style="text-align: center;">PATRON DESCANSO-SUEÑO</b> </div> <p><b>Sueño:</b> N° de horas de Sueño: _____            Alteraciones en el Sueño: Si ( ) No ( )            Especifique: _____            Motivo: _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <b style="text-align: center;">PATRON ACTIVIDAD-EJERCICIO</b> </div> <p><b>Actividad Respiratoria:</b> Respiración: FR: _____            Amplitud: Superficial ( ) Profunda ( ) Disnea ( )            Tiraje ( ) Aleteo nasal ( ) Apnea ( )  <b>Tos Ineficaz:</b> Si ( ) No ( )  <b>Secreciones:</b> Si ( ) No ( ) Características: _____  <b>Ruidos Respiratorios:</b> CPD ( ) CPI ( ) ACP ( )            Claros ( ) Roncantes ( ) Sibilantes ( ) Crepitantes ( )            Otros: _____  <b>Oxigenoterapia:</b>            Si ( ) No ( ) Modo: _____ Saturación de O<sub>2</sub>: _____            Enuresis. Si ( ) No ( )            Comentarios: _____  <b>Ayuda Respiratoria:</b> TET ( ) Traqueostomía ( ) V. Mecánica ( )            Parámetros Ventilatorios: _____  <b>Drenaje Torácico:</b> Si ( ) No ( ) Oscila Si ( ) No ( )</p>

<p>No Reactivas ( ) Fotoreactivas ( ) Mióticas ( ) Midriáticas ( )  Tamaño: 3-4.5 mm ( ) &lt; 3 mm ( )  &gt; 4.5 mm ( )  Foto Reactivas: Si ( ) No ( )  Comentarios: _____  <b>Alteración Sensorial:</b> Visuales ( ) Auditivas ( ) Lenguaje ( )  Otros: _____ Especifique: _____  Comentarios: _____</p>	<p>Comentarios: _____  <b>Actividad Circulatoria:</b>  <b>Pulso:</b> Regular ( ) Irregular ( )  <b>FC / Pulso Periférico:</b> _____ PA: _____</p>																														
<b>PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO</b>	<p><b>Llenado Capilar:</b> &lt; 2'' ( ) &gt; 2'' ( )  <b>Perfusión Tisular Renal:</b>  Hematuria ( ) Oliguria ( ) Anuria ( )  <b>Perfusión Tisular Cerebral:</b>  Parálisis ( ) Anomalías del Habla ( ) Dificultad en la Deglución ( )  Comentarios: _____</p>																														
<p><b>Piel:</b> Normal ( ) Pálida ( ) Cianótica ( ) Ictérica ( )  Fría ( ) Tibia ( ) Caliente ( )  Observaciones: _____</p>	<p><b>Presencia de Líneas Invasivas:</b>  Catéter Periférico ( ) Catéter Central ( ) Catéter Percutáneo ( )  Otros: _____  Localización: _____ Fecha: _____</p>																														
<p><b>Termorregulación:</b> Temperatura: _____  Hipertermia ( ) Normotermia ( ) Hipotermia ( )  <b>Coloración:</b> Normal ( ) Cianótica ( ) Ictérica ( ) Fría ( )  Rosada ( ) Pálida ( ) Tibia ( ) Caliente ( )  Observación: _____</p>	<p><b>Riesgo Periférico:</b> Si ( ) No ( )  Cianosis Distal ( ) Frialdad Distal ( )  <b>Capacidad de autocuidado:</b>  <b>0</b> = Independiente ( ) <b>1</b> = Ayuda de otros ( )  <b>2</b> = Ayuda del personal ( ) <b>3</b> = Dependiente ( )</p>																														
<p><b>Hidratación:</b> Hidratado ( ) Deshidratado ( )  Observación: _____  Edema: Si ( ) No ( ) ( ) + ( ) ++ ( ) +++ ( )  Especificar Zona: _____  Comentarios: _____</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">ACTIVIDADES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Movilización en cama</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deambula</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ir al baño / bañarse</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tomar alimentos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vestirse</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ACTIVIDADES					Movilización en cama					Deambula					Ir al baño / bañarse					Tomar alimentos					Vestirse				
ACTIVIDADES																															
Movilización en cama																															
Deambula																															
Ir al baño / bañarse																															
Tomar alimentos																															
Vestirse																															
<p><b>Fontanelas:</b> Normotensa ( ) Abombada ( ) Deprimida ( )  <b>Cabello:</b> Normal ( ) Rojizo ( ) Amarillo ( )  Ralo ( ) Quebradizo ( )  <b>Mucosas Orales:</b> Intacta ( ) Lesiones ( )  Observaciones: _____</p>	<p><b>Aparatos de Ayuda:</b> _____  <b>Fuerza Muscular:</b> Conservada ( ) Disminuida ( )  <b>Movilidad de Miembros:</b>  Contracturas ( ) Flacidez ( ) Parálisis ( )</p>																														
<p>Malformación Oral: Si ( ) No ( )  Especificar: _____  <b>Peso:</b> Pérdida de Peso desde el Ingreso: Si ( ) No ( )  Cuanto Perdió: _____</p>	<b>PATRÓN ELIMINACIÓN</b>																														
<p><b>Apetito:</b> Normal ( ) Anorexia ( ) Bulimia ( )  Disminuido ( ) Náusea ( ) Vómitos ( )  Cantidad: _____ Características: _____  Dificultad para Deglutir: Si ( ) No ( )  Especificar: _____</p>	<p>Comentarios: _____  <b>Intestinal:</b>  Nº Deposiciones/Día _____  Características: _____  Color: _____ Consistencia: _____  Colostomía ( ) Ileostomía ( )  Comentarios: _____</p>																														
<p><b>Alimentación:</b> NPO ( ) LME ( ) LM ( ) AC ( ) Dieta ( )  Fórmula ( ) Tipo de Fórmula/Dieta: _____  Modo de Alimentación: LMD ( ) Gotero ( ) Bb ( )  SNG ( ) SOG ( ) SGT ( ) SY ( ) Gastroclisis ( )  Otros: _____</p>	<p><b>Vesical:</b>  Micción Espontánea: Si ( ) No ( )  Características: _____  Sonda Vesical ( ) Colector Urinario ( ) Pañal ( )</p>																														
<p><b>Abdomen:</b> B/D ( ) Distendido ( ) Timpánico ( ) Doloroso ( )  Comentarios Adicionales: _____  <b>Herida Operatoria:</b> Si ( ) No ( )  Ubicación: _____ Características: _____  Apósitos y Gasas: Secos ( ) Húmedos ( )  Serosos ( ) Hemáticos ( ) Serohemáticos ( )  Observaciones: _____  Drenaje: Si ( ) No ( )  Tipo: _____ Características de las Secreciones: _____</p>	<b>PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN</b>																														
<b>PATRÓN VALORES-CREENCIAS</b>	<p>Fecha de Colocación: _____  Secreciones Anormales en Genitales: Si ( ) No ( )  Especifique: _____  Otras Molestias: _____  Observaciones: _____  Problemas de Identidad: _____  Cambios Físicos: _____  Testículos No Palpables: Si ( ) No ( )  Fimosis Si ( ) No ( )  Testículos Descendidos: Si ( ) No ( )  Masas Escrotales Si ( ) No ( )  Tratamiento Médico Actual: _____  Observaciones: _____  Nombre de la enfermera: _____  Firma: _____  CEP: _____  Fecha: _____</p>																														
<p><b>Religión:</b> _____ Bautizado en su Religión: Si ( ) No ( )  Restricción Religiosa: _____</p>																															

## Apéndice B. Consentimiento Informado.

Universidad Peruana Unión  
Escuela de Posgrado  
UPG de Ciencias de la Salud.

### Consentimiento Informado

#### *Propósito y procedimientos*

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “**Cuidados de enfermería a paciente con sepsis de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de un hospital nacional de Lima, 2022**”, El objetivo de este estudio es gestionar los cuidados de enfermería en paciente pediátrico con sepsis en un hospital nacional de Lima, 2022. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Mitma Huamani, Casilda y la Lic. Donato Gómez, Shelley bajo la asesoría de la Mg. Sofía Dora Vivanco Hilario. 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: \_\_M.S.T.\_\_\_\_\_

DNI: 00000000\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_22 AGOSTO 2022\_\_\_\_\_

---

Firma



### Apéndice C. Escala de Evaluación.

**Imagen C 1.** *Escala de Glasgow.*

Escala de coma de Glasgow			
Respuesta	Escala de coma de Glasgow	Escala 2 de coma de Glasgow modificada para lactantes	Puntaje
Apertura Ocular	Espontánea	Espontánea	4
	A orden verbal	A orden verbal	3
	Dolor	Al dolor	2
	Ninguna respuesta	Ninguna	1
Respuesta Verbal	Orientado y conversando	Balucea, sonrío,	5
	Desorientado y hablando	Llanto consolable continuo	4
	Lenguaje inapropiado	Llanto persistente, exagerado	3
	Sonidos incomprensibles	Quejido al dolor	2
	Ninguna respuesta	Ninguna	1
Respuesta Motora	Obedece órdenes	Movimientos espontáneos normales	6
	Localiza el dolor	Localiza dolor	5
	Retirada y flexión (defensa al dolor)	Defensa al dolor	4
	Flexión anormal (rigidez de decorticación)	Flexión anormal	3
	Extensión (rigidez de descerebración)	Extensión anormal	2
	Ninguna respuesta	Ninguna	1

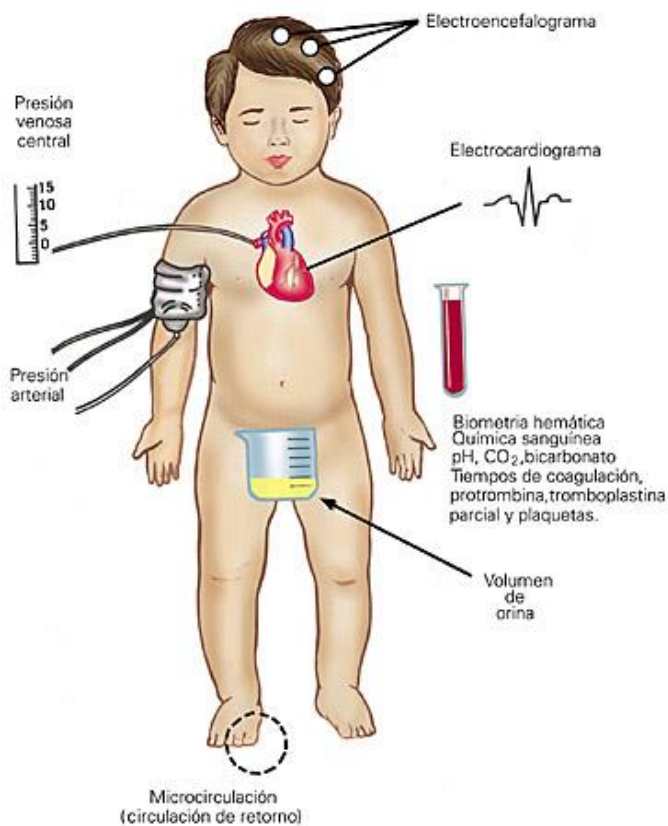
**Imagen C 2.** *Escala de sedación de Ramsay*

ESCALA DE SEDACIÓN DE RAMSAY	
Ansioso, agitado o intranquilo	1
Cooperador, orientado y tranquilo	2
Respuesta solo a órdenes verbales	3
Dormido. Pero con respuesta e estímulo auditivo leve	4
Dormido. Solo hay respuesta a estímulo intenso táctil	5
No hay respuesta	6

Imagen C 3. Clasificación de IMC

Clasificación	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	
	Valores principales	Valores adicionales
<b>Bajo peso</b>	<b>&lt;18,50</b>	<b>&lt;18,50</b>
Delgadez severa	<16,00	<16,00
Delgadez moderada	16,00 - 16,99	16,00 - 16,99
Delgadez leve	17,00 - 18,49	17,00 - 18,49
<b>Normal</b>	<b>18,5 - 24,99</b>	18,5 - 22,99 23,00 - 24,99
<b>Sobrepeso</b>	<b>≥25,00</b>	<b>≥25,00</b>
Preobeso	25,00 - 29,99	25,00 - 27,49 27,50 - 29,99
<b>Obesidad</b>	<b>≥30,00</b>	<b>≥30,00</b>
Obesidad leve	30,00 - 34,99	30,00 - 32,49 32,50 - 34,99
Obesidad media	35,00 - 39,99	35,00 - 37,49 37,50 - 39,99
<b>Obesidad mórbida</b>	<b>≥40,00</b>	<b>≥40,00</b>

Imagen C 4. Exámenes auxiliares requeridos en niño con sepsis



**Imagen C4.** Algoritmo de manejo inicial del paciente con sospecha clínica de sepsis (fiebre + TEP).

**1-5 minutos:**

- Valoración del TEP y el ABCDE
- Administrar oxígeno al 100%
- Monitorización ECG, TA, EtCO<sub>2</sub>, FR y SatO<sub>2</sub>
- Canalización de dos vías venosas periféricas. Valorar acceso intraóseo si no se logra vía periférica en 90"
- Protección individual del personal sanitario



**5-15 minutos:**

- Iniciar bolo de cristaloides a 20 ml/kg
- Reevaluar ABCDE y respuesta a medidas iniciadas:
  - Valorar oxigenoterapia de alto flujo/CPAP/secuencia rápida de intubación (ketamina como sedante de primera elección)
  - Repetir bolo 20 ml/kg de cristaloides o coloides hasta 60 ml/kg si precisa, vigilando signos de sobrecarga (crepitantes, hepatomegalia, ritmo de galope)
- Obtener hemocultivo, PCR meningococo y neumococo, gasometría, hemograma, iones, calcio iónico, urea, creatinina, GPT, bilirrubina, ácido láctico y coagulación
- Iniciar antibioterapia empírica. Pautas en niños previamente sanos:
  - <1 mes: ampicilina 75 mg/kg + cefotaxima 50 mg/kg. Valorar asociar aciclovir 20 mg/kg si sospecha de infección por VHS
  - >1 mes: cefotaxima 75 mg/kg (máx. 2 g) + vancomicina 15 mg/kg (máx. 1 g). Valorar asociar ampicilina 75 mg/kg en lactantes de 1-3 meses. Asociar clindamicina 10 mg/kg (máx. 650 mg) si sospecha de *shock* tóxico estreptocócico
- Corregir hipocalcemia/hipoglucemia:
  - Hipocalcemia: gluconato cálcico al 10% 50-100 mg/kg (0,5 to 1 ml/kg). Máx. 2 g
  - Hipoglucemia: dextrosa al 10% 0,25 g/kg (si Dx 10%: 2,5 ml/kg), ritmo 2-3 ml/min



**15-60 minutos:**

Si no revierte el *shock* tras cristaloides/coloides 60 ml/kg: *shock* refractario a fluidos

Considerar:

- Iniciar inotropos:
  - *Shock* frío: adrenalina 0,05-0,3 µg/kg/min. Alternativa: dopamina 5-10 µg/kg/min
  - *Shock* caliente: noradrenalina 0,05 µg/kg/min. Alternativa: dopamina 10 µg/kg/min
- Secuencia rápida de intubación (ketamina como sedante de primera elección)
- Canalización de vía central

Fuente: Cortes (2020).

## Apéndice D. Plan de cuidados según Modelo AREA

Modelo AREA (Modificado)	MARCO							
<p><b>Persona VALORACION:</b> Paciente masculino de 12 años de edad, ingresó de Sala de operaciones con diagnostico medico de peritonitis generalizada y sepsis con punto de partida abdominal.m Presentó T° 39C°, FC: 170 x, conectado a ventilador mecanico de modo Asistido controlado y Presión controlado. con sedoanalgesia y RAMSAY de 6 puntos.</p>	<p><b>Persona Dx. ENFERMERÍA</b></p> <p>(0007) Hipertermia R/C alta tasa metabólica m/p temperatura de 39°C, piel caliente y taquicardia.</p>	<p><b>Reflexión Profesional:</b> Luego de haber realizado una adecuada atención de enfermería durante la estadía del paciente en hospitalización de la unidad de cuidados intensivos pediátricos se ha identificado los siguientes diagnósticos que se presentan a continuación</p>						
	<b>PLAN DE CUIDADOS</b>			NOCp	PI	PD	Tiempo	PA -Evaluación -
	<b>NOCp</b>	<b>Estado/Conducta/Percepción</b>	<b>Estándar de normalidad</b>					
	Indicador (0800) Termorregulación	Alteración de la temperatura.	Monitorización de temperatura.	Indicador (0800) Termorregulación	1	4	12 horas	Con la atención de enfermería administrada a la paciente sea logrado una puntuación Diana de 2 (+1)
	Indicador (0802) Signos Vitales	Alteración hemodinámica.	Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio.	Indicador(0703) Severidad de la infección	2	4	12 horas	Con la atención de enfermería administrada a la paciente sea logrado una puntuación Diana de 4 (+1)
	Indicador(0703) Severidad de la infección	Paciente con Leucocitos de 16400 mg/dl	Observar las tendencias de valores hematológicos.	(0602) Equilibrio hídrico.				
	(0602) Equilibrio hídrico.	Vigilar balance hídrico..	Monitorización del ingresos y egresos.	Indicador (042125) Disminución de nivel de conciencia	1	4	12 horas	Con la atención de enfermería administrada a la paciente sea logrado una puntuación Diana de 4 (+1)
Escala Likert: Nivel 1: Gravemente comprometido. Nivel 2: Sustancialmente comprometido. Nivel 3: Moderadamente comprometido. Nivel 4: Levemente comprometido. Nivel 5: No comprometido			Escala Likert Nivel 1: Gravemente comprometido. Nivel 2: Sustancialmente comprometido. Nivel 3: Moderadamente comprometido. Nivel 4: Levemente comprometido. Nivel 5: No comprometido					
<p><b>NIC (3900) Regulación de la temperatura</b>                      (390001) Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas.                      (390002) Controlar la presión arterial, el pulso y la respiración.                      (390003) Observar el color y la temperatura de la piel                      (3740) Tratamiento de la fiebre                      (374001) Controlar la temperatura y otros signos vitales                      (374002) Administrar medicamentos o líquidos IV (p. ej antipiréticos, antibióticos)                      (374003) Aplicar un baño tibio con esponja con cuidado                      (374004) Humedecer los labios y la mucosa nasal secos.                      - Realizar pruebas de laboratorio y monitorizar los resultados.</p>			<p><b>NIC: (6680) Monitorización de los signos vitales</b>                      (668001) Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio según corresponda.                      (668002) Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura según corresponda.                      (668003) Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.  <b>NIC ( 0703) Severidad de la Infección.</b>                      (262001) Vigilar el nivel de conciencia                      (262002) Vigilar las tendencias de la escala de coma de Glasgow                      (262003) Comprobar el nivel de orientación.                      (262004) Notificar al médico los cambios en el estado del paciente</p>			<p><b>(2620) Monitorización neurológica.</b>                      (262001) Vigilar el nivel de conciencia                      (262002) Vigilar las tendencias de la escala de coma de Glasgow                      (262003) Comprobar el nivel de orientación.                      (262004) Notificar al médico los cambios en el estado del paciente</p>		

Apéndice D. Plan de cuidados según Modelo Bifocal

Modelo BIFOCAL (Modificado)		MARCO									
<b>Persona VALORACION</b> Paciente masculino de 12 años de edad, ingresó de Sala de operaciones con diagnóstico médico de peritonitis generalizada y sepsis con PP abdominal.m Presentó T° 39C°, FC: 170 x, conectado a ventilador mecánico de modo AC y PC. con sedoanalgesia y RAMSAY de 6 puntos.	<b>Persona RC p</b> RC SHOCK SEPTICO.	<b>Reflexión Profesional:NOC DxEp .- EL PROCESO DE RECUPERACION ES LENTA Y PROGRESIVA QUE REQUIERE EL MAYOR DE LOS CUIDADOS EN CADAS PRCEDIMIENTO.</b>									
		Planificación NOCp(DxEp) (0800) Termorregulación	PI	PD	Tiempo	PA -Evaluación	Planificación NOCp (RCp) (0421) Severidad del Shock: Séptico	PI	PD	Total	PA Evaluación
		(080017) Frecuencia cardiaca apical	1	4	12 horas	Con la atención de enfermería brindada se logró una puntuación Diana de 4, (+1)	(042101) Disminución de la presión arterial sistólica	1	4	12 horas	Con la atención de enfermería brindada se logró una puntuación Diana de 4, (+1)
		(080012) Frecuencia cardiaca radial	1	4	12 horas	Con la atención de enfermería brindada se logró una puntuación Diana de 4, (+1)	(042101) Disminución de la presión arterial diastólica	1	4	12 horas	Con la atención de enfermería brindada se logró una puntuación Diana de 4, (+1)
		(080013) Frecuencia respiratoria	1	4	12 horas	Con la atención de enfermería brindada se logró una puntuación Diana de 4, (+1)	(042125) Disminución de nivel de conciencia	1	4	12 horas	Con la atención de enfermería brindada se logró una puntuación Diana de 4, (+1)
		(080010) Temperatura cutánea aumentada	1	4	12 horas	Con la atención de enfermería brindada se logró una puntuación Diana de 4, (+1)					
		(080019) Hipertermia	1	4	12 horas	Con la atención de enfermería brindada se logró una puntuación Diana de 4, (+1)					
(080007) Cambios de coloración cutánea	1	4	12 horas	Con la atención de enfermería brindada se logró una puntuación Diana de 4, (+1)							
Escala Likert: Nivel 1: Gravemente comprometido. Nivel 2: Sustancialmente comprometido. Nivel 3: Moderadamente comprometido. Nivel 4: Levemente comprometido. Nivel 5: No comprometido.					Escala Likert: Nivel 1: Gravemente comprometido. Nivel 2: Sustancialmente comprometido. Nivel 3: Moderadamente comprometido. Nivel 4: Levemente comprometido. Nivel 5: No comprometido.						
<b>NICs para NOCs (DxEp)</b> (3900) Regulación de la temperatura (390001) Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas según corresponda. (390002) Controlar la presión arterial, el pulso y la respiración según corresponda (390003) Observar el color y la temperatura de la piel (390004) Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado. (3740) Tratamiento de la fiebre (374001) Controlar la temperatura y otros signos vitales (374002) Administrar medicamentos o líquidos IV (p. ej antipiréticos, antibióticos) (374003) Aplicar un baño tibio con esponja con cuidado (374004) Humedecer los labios y la mucosa nasal secos. (6680) Monitorización de los signos vitales (668001) Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio según corresponda. (668002) Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura según corresponda. (668003) Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.					<b>NICs para NOCs (RCp)</b> (2620) Monitorización neurológica. (262001) Vigilar el nivel de conciencia (262002) Vigilar las tendencias de la escala de coma de Glasgow (262003) Comprobar el nivel de orientación. (262004) Notificar al médico los cambios en el estado del paciente (6200) Cuidados en la emergencia (620001) Evaluar los signos y síntomas de parada cardíaca. (620002) Realizar una reanimación cardiopulmonar que se centre en las compresiones torácicas con ventilación en los niños. (620003) Iniciar 30 compresiones torácicas al ritmo y profundidad especificados, permitiendo la recuperación torácica completa entre las compresiones, minimizando las interrupciones en las compresiones y evitando una ventilación excesiva, según corresponda. (620004) Aplicar dos ventilaciones después de haber completado 30 compresiones torácicas iniciales, según corresponda. (6680) Monitorización de los signos vitales. (668001) Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda. (668002) Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial (668003) Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardiacos. (668004) Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorio (profundidad y simetría) (668005) Monitorizar la pulsioximetría.						