

**UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud**



**Proceso de atención de enfermería aplicado a un paciente con shock séptico post operado de resección intestinal e ileostomía, en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de Lima, 2022**

Trabajo académico presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad  
Profesional de Enfermería: Cuidados Intensivos

**Por:**

Jessica Deysi Leon Moreno

**Asesor:**

Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas

Lima, abril 2023

## **DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO**

Yo, Elizabeth Gonzales Cárdenas, docente de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UN PACIENTE CON SHOCK SÉPTICO POST OPERADO DE RESECCIÓN INTESTINAL E ILEOSTOMÍA, EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE LIMA, 2022”**. de la autora Licenciada Jessica Deysi Leon Moreno, 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.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima a los 19 días del mes de abril del año 2023



---

Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas

**Proceso de atención de enfermería aplicado a un paciente con shock séptico post operado de resección intestinal e ileostomía, en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de Lima, 2022**

Trabajo académico presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería: Cuidados Intensivos



---

Dra. María Guima Reinoso Huerta

Dictaminador

Lima, 19 de abril del 2023

**Proceso de atención de enfermería aplicado a un paciente con shock séptico post operado de resección intestinal e ileostomía, en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de Lima, 2022**

Lic. Jessica Deysi León Moreno <sup>a</sup> Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas <sup>b</sup>

*<sup>a</sup>Autor del Trabajo Académico, Unidad de Posgrado 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**

El shock séptico es un subgrupo de sepsis que se caracteriza por anomalías metabólicas, celulares y circulatoria de gran compromiso del organismo y alto riesgo de mortalidad, en la que es necesario el uso de vasopresores. El presente trabajo de investigación tuvo el objetivo principal: gestionar el proceso de atención de enfermería a un paciente crítico en shock séptico. El estudio tuvo un enfoque cualitativo, tipo único caso, la metodología aplicada fue el proceso de atención de enfermería, se siguió todas las fases: el primer paso se valoró utilizando de herramienta la guía de valoración por patrones funcionales de Maryori Gordon, de los cuales se obtuvo 6 patrones alterados; para el diagnóstico se utilizó taxonomía II de Nanda I, identificándose 6 diagnósticos de enfermería, priorizándose 3: disminución del gasto cardíaco, deterioro del intercambio de gases y deterioro de la integridad cutánea, luego durante la etapa de planificación se empleó la clasificación NOC y NIC, en la fase de ejecución se brindaron los cuidados correspondientes, que permitieron evaluar los resultados habiendo obtenido + 1, +1 y 0 como puntaje de resultados; en conclusión, se logró gestionar el PAE que permitió organizar la información de manera lógica y racional, brindando cuidados de calidad de manera holística e individualizada y oportuna.

**Palabras clave:** Proceso de atención de enfermería, shock séptico, unidad de cuidados intensivos

## Abstract

Septic shock is a subgroup of sepsis that is characterized by metabolic, cellular, and circulatory abnormalities that seriously compromise the organism and a high risk of mortality in which the use of vasopressors is necessary. The main objective of this research work was to manage the nursing care process for a critically ill patient in septic shock. The study had a qualitative approach, single case type, the methodology applied was the nursing care process in which all the phases were followed as a first step, it was assessed using the Maryori Gordon assessment guide by functional patterns as a tool, of the which 6 altered patterns were obtained, for the diagnosis taxonomy II of Nanda I was used, identifying 6 nursing diagnoses, prioritizing 3: Decreased cardiac output, Impaired gas exchange and Impaired skin integrity, then during the planning stage used the NOC and NIC classification, in the execution phase the corresponding care was provided, which allowed the evaluation of the results, having obtained + 1, +1 and 0 as a result score, in conclusion, it was possible to manage the PAE that allowed organizing the information logically and rationally providing quality care in a holistic, individualized and timely manner.

**Key words:** Nursing care process, septic shock, intensive care unit

## Introducción

En la actualidad, más de 18 millones de personas a nivel mundial sufren de sepsis, con una incidencia de 300 casos por cada 100,000 habitantes en países desarrollados; anualmente ocurre 5 millones de muertes a pesar del avance en el tratamiento de la enfermedad (Laguado-Niego et al., 2019)

El Perú no es ajeno a esta situación. Un estudio en el Hospital de Arequipa estima que la incidencia relacionada con la mortalidad por shock séptico en el servicio de UCI es 76,6%; así mismo, la edad promedio fue de 59 años; además, el 41,7% procede de Cirugía y que el foco séptico más frecuente fue abdominal (Vargas Belizario, 2018). El shock séptico tiene una prevalencia del 17,9%, una incidencia del 11,64 al 13,5 % y una mortalidad del 34,5 % del total de ingresos a la “unidad de cuidados intensivos” (UCI)<sup>1,2</sup>. Del total de cultivos de los pacientes infectados, el 70 % son positivos. Así mismo, otro estudio en un Hospital de Huancayo concluye que la *Escherichia coli* es la bacteria gram negativa más frecuente en pacientes con sepsis en la unidad de cuidados intensivos (Tinoco-Solórzano et al., 2021).

De acuerdo con las últimas recomendaciones del tercer consenso internacional sobre los criterios clínicos, el choque séptico se desarrolla con PAM menor igual a 65 mm Hg y una hiperlactatemia mayor a 2 mmol/L, generando un daño celular y compromiso cardiovascular, que se asocian a una tasa de mortalidad alta; asimismo, el término falla multiorgánica se define como la disfunción de 2 o más órganos inducidos por sepsis (Singer et al., 2016), además de usar la escala de APACHE II al ingreso del paciente a UCI, donde un puntaje mayor a 14, se asocia con un peor pronóstico (Hernández Oliva et al., 2018).

Se define como la presencia de un SIRS de causa infecciosa, es la invasión por microorganismos patogénicos (o potencialmente patogénicos) de un tejido, fluido o cavidad

previamente estéril. La sepsis quirúrgica es un cuadro de SIRS más una infección que requiere una intervención quirúrgica para el control de la fuente. Algunos autores amplían el concepto a la sepsis postoperatoria, definiéndola como SIRS más una infección dentro de los 14 días de un procedimiento quirúrgico mayor (Gaibor Acuria et al., 2019).

Entre las causas de la sepsis, existen varios microorganismos que originan una sepsis, donde se localizan hongos, bacterias, virus; la gran parte de los casos sépticos se origina por infecciones de origen bacteriano; sin embargo, se resulta con mayores complicaciones de infecciones virales. Originalmente los casos más graves de pacientes con sepsis son un resultado de una infección basada que se disemina por el organismo mediante la sangre; en varios de los casos, no es posible detectar mediante exámenes y análisis de sangre, donde se utilizan otros métodos para diagnosticar la sepsis como la hipertermia y el estado somnoliento del paciente (Cárdenas Torres, 2021).

La fisiopatología de la sepsis es compleja y muy heterogénea; es el resultado de la respuesta inadecuada del huésped a la infección, produce disfunción orgánica; el desarrollo de la afección se manifiesta con la aparición de estudios clínicos sucesivos, derivados de la respuesta inflamatoria sistémica secundaria a la activación de diferentes mediadores inflamatorios que conducen a la disfunción orgánica. La activación de la cascada de coagulación en sepsis es la respuesta inmunitaria adaptativa del huésped a la infección. El endotelio es el blanco principal de la sepsis, el que es metabólicamente activo y puede responder a diversos estímulos fisiológicos y patológicos (Cárdenas Cruz & Roca Guisens, 2022).

Las manifestaciones de la sepsis son: hiper o hipotermia central, la taquicardia en ausencia de causas evidentes puede ser un signo precoz de shock séptico y es uno de los principales indicadores clínicos de respuesta al tratamiento. Taquipnea, apnea o hiperpnea como

manifestación de acidosis metabólica. Hipoperfusión: debido al aumento de la permeabilidad capilar y vascular que genera hipovolemia, extremidades frías y pálidas, acrocianosis, lentitud del relleno capilar >3 segundos, disminución de la diuresis, alteración del sensorio (confusión, obnubilación, irritabilidad). Tensión arterial: al inicio taquicardia y aumento del gasto cardíaco, para mantener la presión arterial periférica y la perfusión de los órganos sistémicos (Bordogna & Bergna, 2018).

Comenzar inmediatamente el tratamiento y la reanimación de la sepsis y el shock séptico, administrar antimicrobianos IV debe hacerse tan pronto como sea posible después de reconocer la sepsis y el shock séptico, dentro de la primera hora. Se recomienda la eliminación rápida de los dispositivos de acceso intravascular, después de haberse establecido otros accesos vasculares. Se recomiendan usar cristaloides, son los líquidos de elección para la reanimación y el reemplazo del volumen intravascular en pacientes con sepsis. Administrar vasopresores al inicio para lograr una presión arterial media (PAM) de 65 mm Hg. Se recomienda que los pacientes con sepsis ventilados mecánicamente permanezcan con la cabecera de la cama elevada entre 30° y 45° para limitar el riesgo de aspiración y prevenir la neumonía asociada al ventilador (NAV) (Vera Carrasco, 2019).

El Proceso de Atención de Enfermería es considerado una valiosa herramienta para el desempeño del profesional de enfermería, quien permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Además permite definir el ejercicio profesional, garantizar y asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención y proporciona bases, para el control operativo y el medio para sistematizar e investigar en enfermería (Núñez Alonso et al., 2023).

La Enfermería se ha desarrollado como ciencia y como profesión, pero todo cambio, y aún más, toda consolidación, debe ir respaldada por una teoría, que le da sentido y metodología, así como por una práctica, que la hace útil y funcional. Una práctica es científica cuando sus actuaciones se basan en teorías desarrolladas científicamente, y se aplican mediante un método sistemático para resolver los problemas de su área de competencia. La práctica científica de la Enfermería requiere la adopción de una teoría que dé significado a la realidad, donde se ejecutan los cuidados, y un método sistemático para determinar, organizar, realizar y evaluar las intervenciones de Enfermería (León rivera, 2017).

## **Metodología**

### **Proceso de Atención de Enfermería**

#### ***Valoración***

##### **Datos generales.**

Nombre: I.O.R

Sexo: Masculino

Edad: 59

Procedente: Centro Quirúrgico

Horas de valoración: 24 horas

Motivo de ingreso: Paciente adulto ingresa a la unidad de cuidados intensivos por presentar complicaciones post operatorias para manejo especializado para apoyo ventilatorio.

##### **Valoración por patrones funcionales.**

##### ***Patrón I: Percepción / control de salud.***

Hija relata que su padre sufre de gastritis desde hace 20 años, niega que sufra de diabetes e hipertensión, y que desde niño bebía agua del puquial, frecuentemente tenía dolor abdominal, y

que hace 20 años fue operado de obstrucción intestinal, habitualmente tomaba hioscina 1 tab cada 12 horas ultima 17 de marzo.

Asimismo, refiere que hace 3 meses empezó a tener dolor tipo cólico insoportable, presentaba náuseas, vómito, distensión abdominal, inapetente, bajo peso, ausencia de deposición durante 3 días, por lo cual acude al hospital de Ayacucho y es intervenido quirúrgicamente en 2 oportunidades, presentando ileostomía por obstrucción intestinal por bridas, luego es trasladado a un hospital de Lima

***Patrón II: Sexualidad y reproducción.***

Tiene 9 hijos, no presenta problemas relacionado con la reproducción.

***Patrón III: Nutricional / metabólico.***

Paciente, presenta piel fría, pálida y seca. Escala de dolor CPOT Portador de una sonda nasogástrica (SNG) a gravedad, para restos biliosos de poca cantidad 20cc en 24 horas, portador de una sonda nasoyeyunal (NSY) para algunos tratamientos de vía oral. Tiene diagnóstico nutricional, desnutrición calórica proteica con indicación de nutrición parenteral total a 62.5cc/h, iniciándose por la noche, peso actual 50 kg, talla: 1.56cm, IMC: 20.5, dentadura incompleta, higiene bucal regular, mucosa oral intacta. Abdomen distendido, ruidos hidroaéreos aumentados. Con hidratación EV dextrosa 10% a 84 cc/h. 1er y 2do día en NPO (nada por vía oral), el 4to día de postoperado con Nutrición parenteral: 2:1 USNA 62.5 cc/h por 20 horas, con tolerancia hasta el momento, inicio de NPT 21/4/22. A la valoración de riesgo de lesiones por presión según escala Norton 6 alto riesgo de lesiones por presión. Los resultados de laboratorio: Glucosa: 152 mg/dl, K+: 3.3 mEq/L, Na+: 140 mEq/L, Ca+2: 1.11 mEq/L, HCO<sub>3</sub>: 26 mEq/L,

***Patrón IV: Actividad ejercicio.***

**Actividad respiratoria:** con apoyo ventilatorio Asistido Controlado por Presión (ACP), FIO<sub>2</sub>: 26%, Saturación (SAT): 98%, PEEP: 10, Presión PICCO: 22, VTP: 488, I:E: 8,8,

Frecuencia Respiratoria: 26 respiraciones por minuto, gases arteriales: PH: 7.48 PaO<sub>2</sub>:139 mm Hg , PaCO<sub>2</sub>: 32,3 mm Hg, Pa FiO<sub>2</sub>: 556 mm Hg, con tubo endotraqueal N° 7,5 fijado en 20 cm, presenta secreciones poca cantidad densas amarillas.

**Actividad circulatoria:** Ritmo: bradicardia sinusal, Frecuencia Cardíaca: 51 latidos por minuto Presión Arterial (PA): 82/48 mm Hg, Presión Arterial Media (PAM): 61 mm Hg, soporte inotrópico: vasopresor Noradrenalina 4 mg (2ampollas + 100cc dextrosa 5%), pasando por catéter venoso central: yugular izquierda, también porta una línea arterial en la radial derecha. Edema: +++ en MSI, MSD e MII, MID, tiempo de llenado capilar 4 segundos riesgo de caída según escala Downton: 5 alto riesgo,

**Actividad capacidad de autocuidado:** Adulto mayor realizaba sus actividades independientemente hasta antes de su operación en el hospital de Ayacucho. Postrado tras su última cirugía recibe apoyo para sus actividades de higiene y deambulación. Actualmente, se encuentra en UCI Área de Infectados

***Patrón VIII: Rol relaciones.***

El paciente es agricultor, casado, vive con cónyuge e hijos.

***Patrón VI: Cognitivo perceptivo.***

Actualmente se encuentra en bajo sedación escala de RASS: - 3, tamaño de pupila: OD 1mm/OI 1mm.

***Patrón VII: Eliminación.***

Portador de una bolsa de Bogotá afrontada a la piel en el flanco derecho con exudado líquido acuoso, presenta ostomía de intestino delgado en el flanco derecho, piel alrededor de la estoma enrojecida, edematosa, se observa fuga de secreciones, en bolsa drenando líquidos biliosos acuoso de abundante cantidad aproximadamente 525cc en 24 horas, cubierto con apósito (manchado de secreción biliosa) aproximadamente 1050cc en 24 horas.

Presenta sonda Foley, diuresis 1470cc en 24 horas, BH +590 cc, no deposiciones hasta el momento.

***Patrón VIII: Sueño descanso.***

Paciente sedado RASS: - 3,

***Patrón IX: Valores y creencias***

Familia refiere que es católico.

***Patrón X: Autopercepción y autoconcepto***

Actualmente No valorable, familiar refiere tiene miedo ser operado por 4ta vez.

***Patrón XI: Adaptación tolerancia al estrés***

Familia refiere que tiene miedo a la muerte y es ansioso

***Diagnósticos de enfermería priorizados***

**Primer diagnóstico.**

**Etiqueta diagnóstica: 00029** Disminución del gasto cardiaco

**Características definitorias:** Bradicardia sinusal 51 latidos por minuto, descenso presión arterial media: PAM 61 mm Hg, piel fría, pálida, llenado capilar mayor de 4 segundos, edema +++ en MSI, MSD e MII, MID.

**Factor relacionado:** Alteración de la contractilidad, alteración de la precarga

**Enunciado del diagnóstico:** Disminución del gasto cardiaco relacionado con la Alteración de la contractilidad y de la precarga, evidenciado por bradicardia sinusal 51 latidos por minuto descenso presión arterial media: PAM 61 mm Hg, piel fría, pálida, llenado capilar mayor de 2 segundos, edema +++ en MSI, MSD e MII, MID.

**Segundo diagnóstico.**

**Etiqueta diagnóstica: 00030** Deterioro del intercambio de gases

**Características definitorias:** Gasometría anormal Ph: 7.48, FR: 26 respiraciones por minuto, PaO<sub>2</sub>: 32.6 mm Hg, PEEP: 10, piel pálida, fría.

**Condición asociada:** Desequilibrio en la ventilación perfusión

**Enunciado del diagnóstico:** Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio de la ventilo perfusión, evidenciado por gasometría anormal: Ph: 7.48, FR: 26 respiraciones por minuto, PaCO<sub>2</sub>: 32.6 mm Hg, PaO<sub>2</sub>: 13.9 mm Hg, c PEEP: 10, piel pálida, fría.

**Tercer diagnóstico.**

**Etiqueta diagnóstica:** 00046 Deterioro de la integridad cutánea

**Características definitorias:** Presenta ileostomía terminal piel alrededor de la estoma, eritema, edematosa, se observa fuga de secreciones, en bolsa drenando liquido biliosos acuoso de abundante cantidad aproximadamente 525cc en 24 horas.

**Factor relacionado:** Humedad excesiva asociada a secreciones químicas irritantes de la ileostomía

**Enunciado del diagnóstico:** Deterioro de la integridad cutánea relacionado con humedad excesiva asociada a secreciones químicas irritantes de la ileostomía, evidenciado por piel alrededor de la estoma eritema, edematosa, se observa fuga de secreciones, en bolsa drenando liquido biliosos acuoso de abundante cantidad aproximadamente 525cc en 24 horas.

### *Planificación*

**Primer diagnóstico.**

Disminución del gasto cardiaco

**Resultado de enfermería.**

*NOC [0400] Efectividad de la bomba cardiaca.*

**Indicadores:**

Presión arterial sistólica

Presión arterial diastólica

Frecuencia cardiaca

Presión venosa central

Edema periférico

Palidez

### **Intervenciones de enfermería.**

***NIC [4150] Regulación hemodinámica.***

#### **Actividades:**

Valorar exhaustivamente el estado hemodinámico mediante sus parámetros presión arterial media (PAM), pulso, presión venosa central (PVC).

Efectuar el monitoreo del gasto cardiaco de acuerdo formatos estandarizados por la institución.

Administrar líquidos intravenosos (I.V): Poligelina STAT, según indicación.

Aplicar medicamentos que aumenten la contractilidad del corazón (positivo), según lo indicado por el médico: noradrenalina 2 ampollas en 100 cc dextrosa 5% titulable.

Identificar a tiempo los signos y síntomas que comprometan al sistema hemodinámico: incremento anormal del líquido intersticial, aumento repentino del peso.

Observar y registrar los ingresos y egresos de líquidos.

Determinar el estado de perfusión: paciente con extremidades frías, piel pálida.

**NIC [4250] Manejo del shock**

#### **Actividades:**

Vigilar los análisis de hemograma con recuento diferencial, estudio de coagulación sanguínea, grado de ácido láctico en sangre, otros exámenes bioquímicos, así también cultivos E. Coli y Klebsiella.

Administrar tempranamente los antibióticos prescritos: meropenem, vancomicina, anfotericina B.

Valorar y registrar los niveles de glicemia.

### **Segundo diagnóstico.**

Deterioro del intercambio de gases

### **Resultado de enfermería.**

*NOC [0402] Estado respiratorio: Intercambio gaseoso.*

pH arterial

Presión parcial de oxígeno en la sangre arterial

Presión parcial de dióxido de carbono en la sangre arterial

Equilibrio entre ventilación perfusión

### **Intervenciones de enfermería.**

*NIC [1914] Manejo del equilibrio ácido base: Alcalosis respiratoria.*

Proporcionar apoyo ventilatorio Asistido Controlado por Presión (ACP), FIO<sub>2</sub>: 26%,

Valorar los resultados de la gasometría: pH, PaCO<sub>2</sub> y HCO<sub>3</sub> para ajustar las actividades de enfermería.

Identificar oportunamente signos de agravamiento de la alcalosis respiratoria (hiperventilación).

Monitorizar el estado de hiperventilación y tratar la posible causa: ileostomía, shock séptico.

Mantener sedado para reducir la hiperventilación.

***NIC [3350] Monitorización respiratoria.***

Verificar la frecuencia respiratoria, ritmo, profundidad y esfuerzo en el movimiento torácico con el uso de los músculos accesorios.

Registrar los aumentos o cambios en la lectura del soporte ventilatorio invasivo.

Revisar periódicamente las conexiones y accesorios, así como el funcionamiento adecuado del ventilador.

**Tercer diagnóstico.**

Deterioro de la integridad cutánea

**Resultado de enfermería.**

***NOC [11001] Integridad tisular: piel y membranas mucosas.***

**Indicadores:**

Lesiones cutáneas

Eritema

Induración

Temperatura de la piel

Integridad de la piel

**Intervenciones de enfermería.**

***NIC [0480] Cuidados de la ostomía.***

Realizar la medición del estoma y adecuar el dispositivo al orificio del estoma.

Inspeccionar el tejido adyacente al estoma.

Vaciar la bolsa de ostomía de acuerdo con la necesidad.

Proteger con una película de silicona en spray para ostomía.

Registrar las curaciones en la historia clínica.

### *Ejecución*

**Tabla 1**

*Ejecución de la intervención Regulación hemodinámica y manejo del shock para el diagnóstico Disminución del gasto cardiaco*

<b>Intervención:</b> Regulación hemodinámica/manejo del shock		
<b>Fecha</b>	<b>Hora</b>	<b>Actividades</b>
20/04/2022	8:00	Se valoró exhaustivamente el estado hemodinámico mediante sus parámetros presión arterial media (PAM), pulso, presión venosa central (PVC).
	9:00	Se realizó el monitoreo del gasto cardiaco de acuerdo formatos estandarizados por la institución.
	10:00	Se hidrato con 500cc de Poligelina STAT, Se administró noradrenalina 2 ampollas en 100 cc dextrosa 5% tituable.
	11:00	Se valoraron signos y síntomas que comprometan al sistema hemodinámico: incremento anormal del líquido intersticial, aumento repentino del peso.
	13:00	Se realizó el control del BHE, registrando los ingresos y egresos de líquidos. Se valoró el estado de perfusión: paciente con extremidades frías, piel pálida.
	14:00	Se vigilaron los análisis de hemograma con recuento diferencial, estudio de coagulación sanguínea, grado de ácido láctico en sangre, otros exámenes bioquímicos, así también cultivos E. Coli y Klebsiella.
	16:00	Se administraron los antibióticos prescritos: Meropenem 2 gr EV, vancomicina 1 gr EV, anfotericina B. 50 mg EV.
	18:00	Se valoraron y registraron los niveles de glicemia.

**Tabla 2**

*Ejecución de la intervención Manejo del equilibrio ácido base: Alcalosis respiratoria y monitorización respiratoria para el diagnóstico deterioro del intercambio de gases*

<b>Intervención:</b> Manejo del equilibrio ácido base: Alcalosis respiratoria		
<b>Fecha</b>	<b>Hora</b>	<b>Actividades</b>
20/04/2022	8:00	Se apoya con VM Asistido Controlado por Presión (ACP), FIO2: 26%,
	9:00	Se valoraron los resultados de la gasometría: Ph, PaCO2 y HCO3 para ajustar las actividades de enfermería.
	10:00	Se identificaron oportunamente signos de agravamiento de la alcalosis respiratoria (hiperventilación).
	11:00	Se monitorizó el estado de hiperventilación y la posible causa: ileostomía, shock séptico.
	13:00	Se mantuvo sedado para reducir la hiperventilación Midazolam 100mg + 100 cc SF. Fentanilo 0.5 mg (2) + 100 cc SF
	14:00	Se valoró la frecuencia respiratoria, ritmo, profundidad y esfuerzo en el movimiento torácico con el uso de los músculos accesorios.
	16:00	Se registraron los cambios en la lectura del soporte ventilatorio invasivo. Se revisaron periódicamente las conexiones y accesorios, así como el
	18:00	funcionamiento adecuado del ventilador

**Tabla 3**

*Ejecución de la intervención Cuidados de la ostomía para el diagnóstico Deterioro de la integridad cutánea*

<b>Intervención:</b> Cuidados de la ostomía		
<b>Fecha</b>	<b>Hora</b>	<b>Actividades</b>
20/04/2022	8:00	Realizar la medición del estoma y adecuar el dispositivo al orificio del estoma.
		Inspeccionar el tejido adyacente al estoma.
	10:00	Vaciar la bolsa de ostomía de acuerdo a la necesidad.
	13:00	Proteger con una película de silicona en spray para ostomía.
	14:00	Registrar las curaciones en la historia clínica.
	16:00	

### *Evaluación*

**Resultado: Efectividad de la bomba cardiaca.**

**Tabla 4**

*Puntuación basal y final de los indicadores del resultado Efectividad de la bomba cardiaca*

<b>Indicadores</b>	<b>Puntuación basal</b>	<b>Puntuación final</b>
Presión arterial sistólica	3	4
Presión arterial diastólica	3	4
Frecuencia cardíaca	3	4
Presión venosa central	3	4
Edema periférico	3	3
Palidez	3	4

En la tabla 4 se determinó que la moda de los indicadores del resultado efectividad de la bomba del diagnóstico Disminución del gasto cardiaco, antes de la realización de las actividades de enfermería fue de 3 (desviación moderada), luego tras la realización de las mismas, la moda fue 4 (desviación leve), constatado con el restablecimiento del pulso sobre 60 latidos por minuto y la presión arterial sistólica 101 mm Hg presión arterial diastólica 55 mm Hg, presión arterial media 73 mm Hg, el edema se mantuvo en su valor inicial. La puntuación de cambio fue de +1.

**Resultado: Perfusión tisular: pulmonar.**

**Tabla 5**

*Puntuación basal y final de los indicadores del resultado Perfusión tisular: pulmonar*

<b>Indicadores</b>	<b>Puntuación basal</b>	<b>Puntuación final</b>
pH arterial	3	4
Presión parcial de oxígeno en la sangre arterial	3	4
Presión parcial de dióxido de carbono en la sangre arterial	3	4
Equilibrio entre ventilación perfusión	3	4

En la tabla 5 se determinó que la moda de los indicadores del resultado Perfusión tisular: pulmonar del diagnóstico Deterioro del intercambio de gases antes de la realización de las actividades de enfermería fue de 3 (desviación moderada); tras la realización de las mismas, la moda fue de 4 (desviación leve), evidenciado con los resultados de la gasometría donde se observó una leve mejoría Cl: 116 mmol/L, Ph: 7.47, FR:22X PaCO<sub>2</sub>: 32.9 mm Hg, PEEP 9. La puntuación de cambio fue de +1.

**Resultado: Integridad tisular: piel y membranas mucosas.**

**Tabla 6**

*Puntuación basal y final de los indicadores del resultado Integridad tisular: piel y membranas mucosas*

<b>Indicadores</b>	<b>Puntuación basal</b>	<b>Puntuación final</b>
Lesiones cutáneas	3	3
Eritema	3	3
Induración	3	4
Temperatura de la piel	3	4
Integridad de la piel	3	3

En la tabla 6 se determinó que la moda de los indicadores del resultado integridad tisular: piel y membranas mucosas del diagnóstico Deterioro de la integridad cutánea antes de la realización de las actividades de enfermería fue 3 (desviación moderada), tras la realización de las mismas, la moda fue 3 (desviación leve), 9am se valora la piel periostomal, se aplica los cuidados para el mejoramiento progresivo de la piel con eritema. A las 6 pm se inicia la alimentación parenteral ya que no cubre el SIS, y familiar tenía que comprar. La puntuación de cambio fue de 0.

**Resultados**

En la fase de la valoración se recolectaron los datos que se obtuvieron de la fuente principal que fue el paciente, y fuentes secundarias la historia clínica y la hija del paciente, también se realizó el examen céfalo caudal, luego se estructuró la información en la Guía de Valoración por Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon, que se adaptó al servicio de

UCI. El inconveniente en esta fase se debió a la conexión de la paciente al ventilador mecánico que imposibilitó realizarle la entrevista.

Posteriormente en la fase del diagnóstico se analizaron los datos relevantes, según la Taxonomía II de la NANDA I, identificándose 6 diagnósticos, de los cuales se priorizaron tres: disminución del gasto cardíaco, deterioro del intercambio de gases, deterioro de la integridad cutánea. En esta etapa se tuvo cierta dificultad en determinar el primer diagnóstico de los diagnósticos con el deterioro del intercambio de gases por la gravedad de su salud y la necesidad de brindar cuidados.

La siguiente fase de la planificación se desarrolló en base a la Taxonomía NOC y NIC, se analizó determinándose los resultados que se ajusten coherentemente a los diagnósticos y las intervenciones de Enfermería. El inconveniente en este proceso fue la fijación de un puntaje de los indicadores de resultado basal y final, por causa de la subjetividad para su determinación.

Posteriormente en la fase de ejecución, no se presentó dificultad por la experiencia en el desarrollo de las actividades de cada intervención de Enfermería.

Y en la última fase de la evaluación se accedió a la realimentación de cada una de las fases, desarrolladas durante la ejecución de las actividades de enfermería que se le proporcionó al paciente en estudio. Se obtuvieron puntuaciones de cambio de **+1, +1 y 0** para los 3 diagnósticos priorizados respectivamente.

## **Discusión**

### **Disminución del gasto cardíaco**

Herdman et al. (2023) la define que la disminución del gasto cardíaco es el inadecuado volumen de sangre bombeada por el corazón, para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo.

Rivero et al. (2019) mencionan que la resistencia periférica es la potencia que se contrapone al flujo, debido primordialmente al grado del tono vasomotor en los esfínteres del músculo liso, se relacionan las variables de presión arterial media, presión venosa central.

Asimismo, Paz Martín y Tovar Doncel (2021) definen al gasto cardíaco como el volumen de sangre expulsado desde el corazón cada minuto; es un factor determinante del transporte de oxígeno a los tejidos y que el shock es el estado de hipoperfusión tisular, por causa de un desbalance entre el aporte y las necesidades tisulares de oxígeno, resultando en una alteración del equilibrio orgánico, siendo uno de ellos el shock séptico.

En el caso del paciente en estudio presentó como características definitorias bradicardia sinusal 51 latidos por minuto, descenso presión arterial media: PAM 61 mm Hg, piel fría, pálida, llenado capilar mayor de 4 segundos, edema +++ en MSI, MSD e MII, MID. Al respecto, Cárdenas Torres (2021) sostiene que es importante tener en cuenta los siguientes síntomas y signos que se pueden evidenciar cuando existe un proceso de sepsis y, de esta manera, alertar al paciente de sufrir daños multi orgánicos; hipotensión arterial, taquipnea o disnea, hipertermia o hipotermia, Taquicardia (+100 latidos por minutos), nauseas o vómitos, reducción de orina, somnolencia o confusión, pérdida de la conciencia .

Según Cárdenas Cruz y Roca Guisens (2022), otras de las manifestaciones es la hipotensión signo clínico, que se evidencia con una presión arterial sistólica menor de 90 mm Hg o una presión arterial media PAM menor de 65 mm Hg, también se le conoce como la presión de perfusión tisular, acompañada de otros signos: piel fría y pálida, con respecto a los exámenes de laboratorio se encontrara niveles de lactato mayores a 1, 5 mmol/l.

El paciente presentó una disminución del gasto cardiaco relacionado con Alteración de la contractilidad, alteración de la precarga como fondo un shock séptico abdominal. González

Castro (2018) sostiene que este mecanismo está asociado a la función mecánica que tiene el corazón, por el propiamente mecánico (bomba), biofísico, bioquímico intra y extracelular y por el mecanismo de regulación génica (cambios proliferativos que regulan los aspectos de remodelación miocárdica). Los cambios en la contractilidad (inotropismo) y relajación (lusitropismo) cardíaca, pueden determinarse al entorno fisiológico o patológico, según se analicen. Para que esta función sea adecuada requiere de aporte de energía (ATP).

La sepsis y el choque séptico afectan directamente la microcirculación, como resultado del daño endotelial mediada de manera celular, principalmente por los leucocitos en el momento de interactuar con el endotelio y por mediadores inflamatorios, (prostaglandinas, especies reactivas de oxígeno o proteasas), los cuales lesionan el endotelio, produciendo aumento de la permeabilidad capilar y disminución del tono vascular por vasodilatación, lo que conduce a hipovolemia relativa, hipotensión, inadecuada perfusión a órganos, depresión miocárdica, choque y muerte (Laguado-Niego et al., 2019).

Con la finalidad de mejorar el gasto cardíaco del paciente se consideró la intervención NIC [4150] Regulación hemodinámica y NIC [4250] Manejo del shock, con las siguientes actividades:

Se valoró exhaustivamente el estado hemodinámico mediante sus parámetros presión arterial media (PAM), pulso, presión venosa central (PVC) y efectuar el monitoreo del gasto cardíaco de acuerdo con formatos estandarizados por la institución. Para Vitón Castillo et al. (2021), el monitoreo hemodinámico resulta una herramienta indispensable, para determinar el estado del medio interno, así como la necesidad de administrar fluidos y su respuesta terapéutica; donde la curva de Frank-Starling representa el sustento fisiológico. Se logra mediante la determinación de parámetros estáticos y dinámicos, que analizan el gasto cardíaco y la presión

de pulso, medidos mediante métodos invasivos, mínimamente invasivos y no invasivos. La variabilidad de la presión de pulso y del volumen sistólico constituyen nuevas variables útiles en el proceso.

Así como también el incremento anormal del líquido intersticial, aumento repentino del peso; extremidades frías, piel pálida. Vitón Castillo et al. (2021) mencionan que la regulación hemodinámica es la herramienta principal del profesional de cuidados críticos, para evaluar el requerimiento de fluidos, tras el análisis de la curva de Frank Starling. También es necesario determinar los parámetros del gasto cardiaco por método invasivos y no invasivos, mediante la línea arterial lograr obtener la presión arterial media PAM, la presión venosa central PVC, el volumen sistólico, así también ecocardiografía que brindará datos valiosos para el abordaje del paciente.

Se hidrato con 500 cc de Poligelina STAT. Según PLM (2019) la poligelina es una solución coloidal al 3,5% para insuficiencia como sustituto del volumen plasmático, para compensar o evitar una insuficiencia circulatoria producida por un déficit del volumen plasmático o sanguíneo absoluto o relativo, como en shock hipovolémico, pérdida de sangre y plasma, llenado de la máquina cardiopulmonar, portadora de diferentes medicamentos.

Se administró Noradrenalina 2 ampollas en 100 cc dextrosa 5% titulable. Al respecto PLM (2019), la Noradrenalina es una catecolamina que actúa sobre los receptores 1 adrenérgicos, estimulando el miocardio e incrementando el output cardíaco y sobre los receptores adrenérgicos produciendo una acción constrictora potente a nivel de los vasos sanguíneos.

Observar y registrar los ingresos y egresos de líquidos. De Los Ángeles Arteaga Bocanegra y Otiniano Flores (2018) refieren que se realiza el BH, para mantener el equilibrio de líquido y electrolitos del paciente y detectar a tiempo cualquier desequilibrio de líquidos y

electrolitos; que sirven de referencia al equipo de salud, para la administración de líquidos o electrolitos en el tratamiento actual; ajustar el tratamiento médico y evitar las complicaciones en el paciente.

Vigilar los análisis de hemograma con recuento diferencial, estudio de coagulación sanguínea, grado de ácido láctico en sangre, otros exámenes bioquímicos, así también cultivos. Coli y Klebsiella. Cárdenas Torres (2021) comentan que el diagnóstico de la sepsis se realiza a través del análisis de hemograma, para determinar un aumento de leucocitos o presencia de microorganismos o agentes infecciosos.

Se administraron los antibióticos prescritos: Meropenem 2 gr EV, vancomicina 1 gr EV, anfotericina B. 50 mg EV. Para PLM (2019), el Meropenem es un antibiótico que se usa para tratar infecciones severas en la piel o el estómago, también se usa para tratar la meningitis bacteriana (infección que causa inflamación del tejido que recubre el cerebro y la médula espinal). La Anfotericina B se usa para tratar infecciones micóticas graves y potencialmente mortales, está dentro de una clase de medicamentos llamados antimicóticos; funciona retrasando el crecimiento de los hongos que causan la infección.

Valorar y registrar los niveles de glicemia. Laguado-Niego et al. (2019) sostienen que varios estudios asocian la hiperglucemia con un incremento en mortalidad. Hacer un control estricto de la glucemia (80-110 mg/dl) puede aumentar la mortalidad por aumento en los episodios de hipoglucemia; por tal motivo, las guías recomiendan mantener una glucemia < 180 mg/dl e iniciar insulina en presencia de valores mayores a 180 mg/dl

### **Deterioro del intercambio de gases**

Según Herdman et al. (2023), el deterioro del intercambio de gases es el exceso o déficit en la oxigenación y/o la eliminación de dióxido de carbono.

Para Pastor Vivero et al. (2017), esto sucede cuando los pulmones son incapaces de entregar el oxígeno y / o eliminar el dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) necesarios, para satisfacer las necesidades metabólicas. Se debe al fallo agudo de una o más de las diferentes fases de la respiración (transporte de oxígeno al alveolo, difusión de oxígeno a través de la membrana alveolocapilar, transferencia de oxígeno desde los pulmones a los tejidos, y eliminación de CO<sub>2</sub> desde la sangre al alveolo para ser exhalado).

En relación con el paciente que tuvo como diagnóstico médico sepsis, Rivero-Morey et al., (2019) sostienen que los pacientes con shock séptico también presentan complicación respiratoria, ya que en los capilares pulmonares se aglomeran complejos inmunes y factores celulares que originan agregación de neutrófilos y plaquetas, con aumento de la permeabilidad capilar, afectando el tejido pulmonar y alveolar, presentándose una dificultad respiratoria aguda; la inadecuada entrega de oxígeno y nutrientes a los órganos vitales en relación con sus demandas metabólicas que amenazan la vida, se conocen como choque; también se le define como un estado de hipoperfusión tisular que puede obedecer a múltiples causas y conlleva una disfunción orgánica múltiple que predispone a la muerte.

El paciente en estudio presentó las siguientes características definitorias: FR: 26 respiraciones por minuto, gasometría anormal: Ph: 7.48, PaCO<sub>2</sub>: 32.6 mm Hg, PaO<sub>2</sub>: 13.9 mm Hg, PEEP: 10 y piel pálida, fría. Pastor Vivero et al. (2017) sustenta que la taquipnea es la manifestación más precoz. Las manifestaciones clínicas también derivan del efecto de las alteraciones gasométricas en los órganos diana (pulmón, corazón y cerebro). En el shock séptico se produce una hiperventilación con alcalosis respiratoria (baja PaCO<sub>2</sub> y aumento del pH arterial), en parte como compensación de la acidemia láctica.

Asimismo, como factor relacionado el desequilibrio de la relación ventilación/ perfusión (V/Q) que es el mecanismo que puede suceder en tres situaciones posibles: (1) Relación V/Q = 0 o efecto shunt. Se debe a la ausencia de ventilación de zonas del pulmón que están bien perfundidas; en este caso, la sangre pasa por el lecho capilar pero no se oxigena. (2) Relación V/P < 1 o efecto mezcla venosa. Tiene lugar en aquellas enfermedades en las que la ventilación está disminuida pero no suprimida completamente, como son las neumonías, la bronquiolitis o el asma. (3) Relación V/P > 1 o efecto espacio muerto. Existen zonas del pulmón que están bien ventiladas, pero insuficientemente perfundidas, dando lugar a un aumento del espacio muerto (Pastor Vivero et al., 2017).

Con la finalidad de revertir el deterioro del intercambio de gases se consideró la intervención NIC [1914] Manejo del equilibrio ácido base: Alcalosis respiratoria y NIC [3350] Monitorización respiratoria, se ejecutaron las siguientes actividades:

Proporcionar apoyo ventilatorio Asistido Controlado por Presión (ACP), FIO<sub>2</sub>: 26%. Según, Garay Sevillano (2018) se emplea en aquellos pacientes que presentan un aumento considerable de las demandas ventilatorias y que por lo tanto necesitan sustitución total de la ventilación.

Valorar los resultados de la gasometría: pH, PaCO<sub>2</sub> y HCO<sub>3</sub> para ajustar las actividades de enfermería. Pastor Vivero et al. (2017) fundamentan que la gasometría arterial es el gold standard para la valoración del intercambio gaseoso y del equilibrio ácido base, permite conocer de forma directa el pH, la pCO<sub>2</sub>, pO<sub>2</sub>, y de forma calculada el bicarbonato, el exceso de bases, y la mayoría de los analizadores miden la concentración de hemoglobina total, la SatO<sub>2</sub>, la carboxihemoglobina y la metamoglobina.

Identificar oportunamente signos de agravamiento de la alcalosis respiratoria (hiperventilación) y monitorizar el estado de hiperventilación y tratar la posible causa: ileostomía, shock séptico. Para Vera Carrasco (2018), la alcalosis respiratoria ocurre cuando la hiperventilación reduce la PCO<sub>2</sub>, con aumento del pH sérico. La causa más común de alcalosis respiratoria es el síndrome de hiperventilación, pero la septicemia bacteriana y la cirrosis son otras causas comunes

Se mantuvo sedado para reducir la hiperventilación Midazolam 100 mg + 100 cc SF. Fentanilo 0.5 mg (2) + 100 cc SF. Vera Carrasco (2018) sostiene que la sedación permite la disminución controlada del estado de alerta del individuo o de la percepción del dolor, contribuye a mantener estable y permeable la vía aérea artificial, evitando la extubación accidental y facilita la evacuación de secreciones mediante la aspiración endotraqueal y la fisioterapia respiratoria, de forma que resultan indoloras y menos traumáticas.

Verificar la frecuencia respiratoria, ritmo, profundidad y esfuerzo en el movimiento torácico con el uso de los músculos accesorios y registrar los aumentos o cambios en la lectura del soporte ventilatorio invasivo. Vera Carrasco (2018) sostiene que la monitorización continua del estado de ventilación y oxigenación, generalmente se realiza con la oximetría de pulso, capnografía, electrocardiografía, presión arterial invasiva/no invasiva. Además, se debe considerar valorar del estado neurológico, cardiovascular, respiratorio, renal y gastrointestinal

Revisar periódicamente las conexiones y accesorios, así como el funcionamiento adecuado del ventilador. Mariño Alvarez (2022) refiere que se debe realizar una inspección física del equipo comprobando que estén completos todos sus accesorios (manguera de oxígeno, manguera de aire comprimido y cable de poder en buen estado). A la vez, Cruz Morales (2022) menciona que es importante vigilar los parámetros de la ventilación mecánica y registrarlos para

la corrección correspondiente y así evitar complicaciones como barotrauma, volutrauma además de neumonía a causa del ventilador mecánico. Se debe mantener un volumen corriente entre 6 y 8 ml/kg de peso, usar un PEEP bajo, emplear volumen tidal bajo, ajustar la FiO<sub>2</sub> de acuerdo a la necesidad del paciente.

Araya (2021) alega que una inadecuada ventilación mecánica puede ser un estímulo al parénquima pulmonar y la hiperventilación; por consiguiente, estimular el centro respiratorio empeorándola salud del paciente.

Los recientes estudios sobre la evaluación de la precarga basados en parámetros dinámicos para pacientes en ventilación mecánica modo controlado nombran que son más eficaces que los parámetros estáticos. (Cárdenas & Roca, 2017)

Además, se revisó periódicamente las conexiones y accesorios, así como el funcionamiento adecuado del ventilador. Es importante estar atentos al sonido del sistema de alarmas del ventilador mecánico ya que avisan de alguna anomalía, así también antes usar el equipo este debe ser conectado al pulmón de prueba y realizar el test de funcionamiento. Además de cambiar los filtros según lo requiera, también los corrugados mantenerlos asépticos, vigilar que no estén acodados y estar pendientes del agua del humidificador cuando esta se acabe. (Ramirez et al., 2022)

### **Deterioro de la integridad cutánea**

Según la definición del Herdman et al. (2023), el deterioro de la integridad cutánea es la alteración de la epidermis y /o dermis.

Paniagua (2020) declara que la piel es el sistema tegumentario que tiene como función brindar protección gracias a su capacidad inmunológica, además es un órgano sensitivo, ya que posee receptores sensoriales que permite la comunicación del medio externo con el medio

interno mediante las terminaciones nerviosas. También menciona que la piel está formada por 3 capas, llamadas epidermis, dermis e hipodermis y que esta puede ser alterada cuando se rompe la continuidad de la piel, tejido o alguna estructura del organismo; así mismo, posee una capacidad de cicatrización que sigue pasos sistematizados dentro de un equilibrio para la reparación de la herida.

Yanez (2022) señala que la integridad de la piel es un término exagerado de prevención de las lesiones, la piel es una barrera protectora de agentes externos: el calor, frío; también de agentes patógenos: bacterias, para valorar la piel se usa la observación y palpación. También la piel necesita higiene con agua y jabón de pH neutro, ya que los poros se pueden llenar de células muertas.

El paciente de estudio era portador de una ileostomía. Según la American Cancer Society, (2019) Una ileostomía es una abertura en el vientre (pared abdominal) que se hace mediante una cirugía. Por lo general, se necesita una ileostomía porque un problema está causando que el íleon no funcione correctamente, o una enfermedad está afectando una parte del colon y esta debe extirparse. El extremo terminal del íleon (la parte más baja del intestino delgado) es reubicado a través de esta abertura para formar una estoma, usualmente en el lado inferior derecho del abdomen.

En el paciente las características definatorias fueron: Presenta ileostomía terminal piel alrededor del estoma, eritema, edematosa, se observa fuga de secreciones, en bolsa drenando liquido biliosos acuoso de abundante cantidad aproximadamente 525cc en 24 horas. Ruiz de la Hermosa García-Pardo et al. (2019) menciona que en cuanto a las complicaciones precoces del estoma se registran entre otros sangrado; estoma plano; retracción/hundimiento; desprendimiento; infección / absceso; dermatitis; necrosis/isquemia; obstrucción y malposición.

Referente a las complicaciones tardías del estoma se incluyeron: estoma plano; retracción/hundimiento; dermatitis; estenosis; pioderma gangrenoso; granuloma; hernia paraestomal y prolapso.

Se consideró el factor relacionado humedad excesiva asociada a secreciones químicas irritantes de la ileostomía. Pita Miño et al. (2015) la dermatitis se produce por irritación de la piel, en contacto directo con secreciones del propia estoma, por fuga y/o sustancia irritativa del adhesivo del dispositivo de la ostomía. Es una complicación de carácter transitorio y responde bien al tratamiento. Según Kalibjian (2020) el drenaje de la ileostomía contiene abundante enzima digestiva y se debe usar un sistema de bolsa idónea para la piel periestomal.

Se consideró la intervención de enfermería NIC [0480] Cuidados de la ostomía, con las siguientes actividades:

Se realizó la medición del estoma y se adecuó el dispositivo al orificio del estoma. American Cancer Society (2019) tener en cuenta muchos factores, como: la longitud del estoma, la firmeza y forma del abdomen, la ubicación del estoma, las cicatrices y pliegues cerca del estoma, su estatura y su peso. Es posible que sea necesario hacer cambios especiales a los estomas ubicados cerca del hueso de la cadera, la línea de la cintura, la ingle o cicatrices. Algunas compañías ofrecen productos a la medida para situaciones poco comunes Inspeccionar el tejido adyacente al estoma.

Se valoró cuidó el estoma y la piel alrededor de él cada vez que cambie la bolsa o la barrera. Si la piel alrededor del estoma está roja o húmeda, es posible que la bolsa no selle bien sobre el estoma. American Cancer Society (2019) la piel que circunda el estoma siempre debe verse como la piel del resto de su abdomen. Sin embargo, el desecho que sale de la ostomía puede causar hiper sensibilidad o dolor en esta zona.

Se vació la bolsa de ostomía de acuerdo a la necesidad. Proaño Bernaola (2022). Se debe vaciar la bolsa recolectora periódicamente para evitar el rebosamiento y fuga del contenido cuando este alcance  $\frac{3}{4}$  de su capacidad o cuando observe un mínimo filtrado. (Proaño Bernaola, 2022).

Se protege con una película de silicona en spray para ostomía y registrar las curaciones en la historia clínica. Para Kalibjian (2020), la pasta de ostomía es un accesorio común que se utiliza como un “relleno” para prevenir fugas por debajo de la barrera cutánea y para nivelar zonas irregulares (p. ej., pliegues, cicatrices). Contrariamente a su nombre, la pasta de ostomía es un sellador, no un adhesivo. Esta pasta aumenta la adhesión, que es un concepto erróneo común. De hecho, demasiada cantidad de pasta puede reducir el tiempo de uso de un sistema de bolsa.

### **Conclusiones**

La metodología del Proceso de Atención de Enfermería es por excelencia la mejor herramienta usada por el profesional de Enfermería, para proporcionar los cuidados de una manera sistematizada, coherente, ordenada, con resultados muy beneficiosos.

Es de gran importancia que el enfermero valore exhaustivamente al paciente, para identificar los diagnósticos pertinentes y tomar decisiones asertivas.

Es reconocimiento y la priorización de los diagnósticos de Enfermería son la columna vertebral, para la planificación y, con eso, la determinación del objetivo y el cumplimiento de las intervenciones de Enfermería.

Es fundamental que el enfermero tenga la habilidad en el manejo de la interrelación NANDA NOC NIC, ya que posibilita el uso de un mismo lenguaje entre el personal de Enfermería.

### Referencias bibliográficas

- American Cancer Society. (2019). *Guía de ileostomía ¿ Qué es una ileostomía ?* Cancer.prg.  
<https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/7615.pdf>
- Araya, A. (2021). Trastornos ácido base: diagnóstico y tratamiento. *Revista Medica Sinergia*, 6(2), 1–9. <https://doi.org/10.31434/rms.v6i2.647>
- Bordogna, A., & Bergna, D. (2018). *Sepsis, Sepsis Severa Y Shock Séptico*. 21(1), 21–32.
- Cárdenas, A., & Roca, J. (2017). *Tratado de medicina intensiva* (S. A. Fotoletra (ed.); 1era edici, Vol. 1).
- Cárdenas Cruz, A., & Roca Guisens, J. (2022). Tratado de medicina intensiva. En *Medicina Intensiva* (2a ed., Vol. 1). Elsevier.  
<file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/S0210569122001097.pdf>
- Cárdenas Torres, D. E. (2021). *Conocimiento, actitudes y habilidades sobre sepsis en personal de enfermería de un hospital público de Quito, 2022*.  
<https://hdl.handle.net/20.500.12692/76522>
- Cruz Morales, R. (2022). Complicaciones asociadas a la ventilación mecánica invasiva. *Revista para profesionales de la salud*, V(49), 27–45. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/62694c621e41cart2.pdf>
- De Los Ángeles Arteaga Bocanegra, F. S., & Otiniano Flores, J. hanghy. (2018). *Nivel De Conocimiento Relacionado Con El Manejo Del Balance Hídrico En Enfermeras Del Servicio De Medicina Del Hospital Regional Docente De Trujillo 2017*.  
[http://www.gonzalezcabeza.com/documentos/CRECIMIENTO\\_MICROBIANO.pdf](http://www.gonzalezcabeza.com/documentos/CRECIMIENTO_MICROBIANO.pdf)
- Gaibor Acuria, L. W., Menoscal Santos, C. V., Morán Mosquera, L. E., & Díaz Bone, A. L.

- (2019). Infecciones y sepsis, manejo post-operatorio del paciente crítico. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 3(2), 582–609.  
[https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(2\).abril.2019.582-609](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(2).abril.2019.582-609)
- Garay Sevillano, M. M. (2018). *Respiraciones espontáneas y modos ventilatorios en ventilación*.  
 file:///C:/Users/USUARIO/Desktop/TRABAJOS XXX/LEON  
 JESY/23\_fracaso\_respiratorio.pdf
- González Castro, S. (2018). Disminución del Gasto Cardíaco R/C alteración de contractilidad y poscarga: bases científicas para el cuidado enfermero. En *News.Ge*.  
[https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/4600/DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO WORD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/4600/DISMINUCIÓN%20DEL%20GASTO%20CARDIACO%20WORD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Herdman, H. T., Kamitsuru, S., & Takáo Lopes, C. (2023). *Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación* (13a ed.).
- Hernández Oliva, M., Merlán Pérez, A. I., & Álvarez González, R. . (2018). Cie181D. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencia*, 17(1), 36–46.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedinteme/cie-2018/cie181d.pdf>
- Kalibjian, C. (2020). Guía para Nuevos Pacientes con Ostomías. *Sociedad Americana de ostomia*, 1(1), 6–9. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/<https://www.ostomy.org/wp-content/uploads/2022/03/UOAA-New-Ostomy-Patient-Guide-Spanish-2022-03.pdf>
- Laguado-Niego, M. A., Amaris-Vergara, A. A., Vargas-Ordoñez, J. E., Rangel-Vera, J. A., Garcia-leon, S. J., & Centeno-Hurtado, K. T. (2019). Actualización en sepsis y choque séptico en adultos. *MedUNAB*, 22(2), 213–227. <https://doi.org/10.29375/01237047.3345>
- León rivera, J. S. (2017). *El significado del ser y el quehacer de su profesión para la enfermera*

*de un hospital castrense.* file:///C:/Users/USUARIO/Desktop/TRABAJOS XXX/LEON JESY/Leon\_rj.pdf

Mariño Alvarez, M. (2022). *Plan de mejora de equipos de ventilación mecánica en implementación de área COVID en el Instituto Nacional Cardiovascular – INCOR.*  
[https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/18313/Mariño\\_am.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/18313/Mariño_am.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Núñez Alonso, S., Ramírez Martínez, P., Gil Nava, M., Abarca Gutiérrez, M. L., & Solis

Ramírez, J. F. (2023). El Proceso de Atención de Enfermería como instrumento de investigación. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 2(82), 1–17.

<https://dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/3555/3507>

Paniagua, L. (2020). *Lesiones relacionadas con la dependencia: prevención, clasificación y categorización* (Safe creative (ed.); 1a ed., Vol. 1).

Pastor Vivero, D. M., Pérez Tarazona, S., & Rodríguez Cimadevilla, J. L. (2017). *Fracaso respiratorio agudo y crónico. Oxigenoterapia. 1*, 369–400.

file:///C:/Users/USUARIO/Desktop/TRABAJOS XXX/LEON

JESY/23\_fracaso\_respiratorio.pdf

Paz Martín, D., & Tovar Doncel, M. S. (2021). Determinantes del Gasto Cardíaco en Anestesia y Cuidados Intensivos. *Revista Electrónica AnestesiaR*, 13(2).

<https://doi.org/10.30445/rear.v13i2.900>

Pita Miño, P., Seco Ramos, P., Cupeiro García, M., Castañeda Cuevas, M. del C., López Leira, A., & Aramburu García, M. del C. (2015). Case of peristomal dermatitis and dehiscence in

a colostomy. *Enfermería Dermatológica*, 9(24), 54–58.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5185639&info=resumen&idioma=ENG>

PLM. (2019). *PLM 2019 - Diccionario de Especialidades Farmaceuticasas* (65a ed.). French & European Publications, Inc. <https://www.amazon.com/-/es/plm/dp/1547909498>

Proaño Bernaola, J. (2022). Guia de procedimiento asistencial de enfermería en la curacion de ostomias digestivas de eliminacion en pacientes de la UCI pediatrica. En *Hospital Cyetano Heredia* (pp. 1–17). [https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2022/RD/RD\\_208-2022-HCH-DG.pdf](https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2022/RD/RD_208-2022-HCH-DG.pdf)

Ramirez, G., Valenzuela, I., Quispe, G., Velarde, Z., Sanchez, P., Centeno, E., Alayo, P., Arbulu, H., Tapia, G., Pcheco, M., & Huamani, C. (2022). Guia de procedimientos asistenciales del servicio de enfermeria en atencion de emergencia. En *Hospital Arzobispo Loaiza* (pp. 1–185). Obando, Martina.

Rivero-Morey, R. J., Rivero-Morey, J., & Falcón-Hernández, A. (2019). Actualización en el diagnóstico y manejo del paciente en shock \_Artículo de revisión. *UMP*, 15(3), 418–428. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revunimedpin/ump-2019/ump193p.pdf>

Ruiz de la Hermosa García-Pardo, A., Rodríguez Maldonado, Y., Martínez Savoini, E., Gómez de Antonio, R., Allo Miguel, G., Garcia Alonso, F. J., & Seoane González, J. B. (2019). Estudio prospectivo sobre las complicaciones de los estomas digestivos Prospective. *Revista de gastroenterologia del Peru*, 39(3), 215–221. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31688844>

Singer, M., Deutschman, C. S., Seymour, C., Shankar-Hari, M., Annane, D., Bauer, M., Bellomo, R., Bernard, G. R., Chiche, J. D., Coopersmith, C. M., Hotchkiss, R. S., Levy, M. M., Marshall, J. C., Martin, G. S., Opal, S. M., Rubenfeld, G. D., Poll, T. Der, Vincent, J.

- L., & Angus, D. C. (2016). The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (sepsis-3). *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 315(8), 801–810. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.0287>
- Tinoco-Solórzano, A., Chumbes Perez, J., Molano Franco, D., Luis Vélez-Páez, J., & Viruez Soto, A. (2021). Perfil bacteriano del shock séptico en una unidad de cuidados intensivos de la altitud del seguro social del Perú. *Bionatura*, 6(4), 2233–2241. <https://doi.org/10.21931/rb/2021.06.04.16>
- Vargas Belizario, C. H. (2018). *Incidencia y características clínicas epidemiológicas relacionadas a mortalidad en sepsis*.  
file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/jdelgado48,+MedUNAB+22(2)a04+Ref.+3345.pdf
- Vera Carrasco, O. (2018). Trastornos del equilibrio. *Rev Med La Paz*, 24(2), 65–76. [http://kidshealth.org/parent/en\\_espanol/medicos/balance\\_disorders\\_esp.html#](http://kidshealth.org/parent/en_espanol/medicos/balance_disorders_esp.html#)
- Vera Carrasco, O. (2019). Sepsis y shock séptico. *Revista Cuadernos*, 1, 61–71. [https://doi.org/10.1016/S0304-5412\(14\)70784-X](https://doi.org/10.1016/S0304-5412(14)70784-X)
- Vitón Castillo, A. A., Rego Avila, H., & Mena Hernández, V. M. (2021). Monitoreo hemodinámico en el paciente crítico. *CorSalud*, 13(2), 229–239. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2078-71702021000200229&lng=es&tlng=es.%0Ahttp://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/585](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2078-71702021000200229&lng=es&tlng=es.%0Ahttp://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/585)
- Yanez, F. (2022). Concepto de la integridad de la piel. *Filosofía*, 1(1), 1–4.

## Apéndice

## Apéndice A: Planes de cuidado

Diagnostico enfermero	Planeación				Ejecución			Evaluación	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades	M	T	N	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana
Disminución del gasto cardiaco relacionado con la Alteración de la contractilidad y de la precarga evidenciado por bradicardia sinusal 51 latidos por minuto descenso presión arterial media: PAM 61 mm Hg, piel fría, pálida, llenado capilar mayor de 2 segundos, edema +++ en MSI, MSD e MII, MID	<b>Resultado:</b> NOC [0400] Efectividad de la bomba cardiaca	3	Mantener en:	<b>Intervenciones:</b> NIC [4150] Regulación hemodinámica.				4	+1
			Aumentar a: 4	<b>Actividades:</b>					
	<b>Escala:</b> Desviación grave del rango normal a Sin desviación del rango normal			Valorar exhaustivamente el estado hemodinámico mediante sus parámetros presión arterial media (PAM), pulso, presión venosa central (PVC).	→	→	→		
	<b>Indicadores</b>			Efectuar el monitoreo del gasto cardiaco de acuerdo formatos estandarizados por la institución.	→	→	→		
	Presión arterial sistólica	3		Administrar líquidos intravenosos (I.V): Poligelina STAT, según indicación.	→	→	→	4	
	Presión arterial diastólica	3		Aplicar medicamentos que aumenten la contractilidad del corazón (positivo) según lo indicado por el medico: noradrenalina 2 ampollas en 100 cc dextrosa 5% titulable.	→	→	→	4	
	Frecuencia cardiaca	3		Identificar a tiempo los signos y síntomas que comprometan al sistema hemodinámico: incremento anormal del líquido intersticial, aumento repentino del peso.	→	→	→	4	
	Presión venosa central	3		Observar y registrar los ingresos y egresos de líquidos.	→	→	→	4	
	Edema periférico			Determinar el estado de perfusión: paciente con extremidades frías, piel pálida	→	→	→		
	Palidez	3		<b>NIC [4250] Manejo del shock</b>				3	
	3		<b>Actividades:</b>				4		
			Vigilar los análisis de hemograma con recuento diferencial, estudio de	→	→	→			

				coagulación sanguínea, grado de ácido láctico en sangre, otros exámenes bioquímicos, así también cultivos E. Coli y Klebsiella.					
				Administrar tempranamente los antibióticos prescritos: meropenem, vancomicina, anfotericina B.	→	→	→		
				Valorar y registrar los niveles de glicemia.	→	→	→		

Diagnostico enfermero	Planeación				Ejecución			Evaluación	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades	M	T	N	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana
Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio de la ventilo perfusión evidenciado por gasometría anormal: Ph: 7.48, FR: 26 respiraciones por minuto, PaCO2: 32.6 mm Hg, PaO2: 13.9 mm Hg, c PEEP: 10, piel pálida, fría.	<b>Resultado:</b> NOC [0402] Estado respiratorio: Intercambio gaseoso	3	Mantener en:	<b>Intervenciones:</b> NIC [1914] Manejo del equilibrio ácido base: Alcalosis respiratoria				4	+1
			Aumentar a: 4	<b>Actividades:</b>					
	<b>Escala:</b> Desviación grave del rango normal a Sin desviación del rango normal			Proporcionar apoyo ventilatorio Asistido Controlado por Presión (ACP), FIO2: 26%,	→	→	→		
	<b>Indicadores:</b>			Valorar los resultados de la gasometría: pH, PaCO2 y HCO3 para ajustar las actividades de enfermería.	→	→	→		
	pH arterial	3		Identificar oportunamente signos de agravamiento de la alcalosis respiratoria (hiperventilación).	→	→	→	4	+
	Presión parcial de oxígeno en la sangre arterial	3		Monitorizar el estado de hiperventilación y tratar la posible causa: ileostomía, shock séptico.	→	→	→	4	
	Presión parcial de dióxido de carbono en la sangre arterial	3		Mantener sedado para reducir la hiperventilación.	→	→	→	4	
	Equilibrio entre ventilación perfusión	3		<b>NIC [3350] Monitorización respiratoria.</b>				4	
				<b>Actividades:</b>					
				Verificar la frecuencia respiratoria, ritmo, profundidad y esfuerzo en el movimiento torácico con el uso de los músculos accesorios.	→	→	→		
			Registrar los aumentos o cambios en la lectura del soporte ventilatorio invasivo.	→	→	→			
			Revisar periódicamente las conexiones y accesorios, así como el funcionamiento adecuado del ventilador	→	→	→			



## Apéndice B: Guía de valoración

<b>VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO ADAPTADA</b>	
<b>Universidad Peruana Unión – Escuela Profesional de Enfermería - UPG Ciencias de la Salud</b>	
<b>DATOS GENERALES</b>	
Nombre del usuario: <u>I.O.R</u> Fecha nacimiento: <u>22/10/1962</u> Edad: <u>59</u> años	
Fecha de ingreso al servicio: <u>16/04/22</u> Hora: <u>21:37</u> Persona de referencia: <u>Carmen Ohoa (hija)</u>	
Telf. <u>989597723</u> sexo: <u>Masculino</u>	
Procedencia: <u>Centro Quirúrgico</u> Otro _____	
Forma de llegada: Ambulatorio ( ) Silla de ruedas ( ) Camilla (X)	
Peso: <u>50 Kg</u> Estatura: <u>1.56 Cmt</u> PA-ingreso: <u>125/65mmHg</u> FC: <u>69 X'</u> FR: <u>16 X'</u> Tº: <u>36.6.0°C</u>	
SpO2: <u>96%</u>	
Fuente de Información: Paciente ( ) Familiar (X) Amigo ( ) Otro: <u>Historia Clínica</u>	
Motivo de ingreso a UCI: Como apoyo ventilatorio tras reingreso a centro quirúrgico PO Resección Intestinal +Rafia De Colon Sigmoides Y Ileostomia Terminal Dx. Médico: <b>SHOCK SEPTICO: PP ABDOMINAL, IRA EN VM, PO Resección Intestinal + Rafia De Colon Sigmoides Y Ileostomia Terminal, Falla Intestinal grave IV, Síndrome de Intestino corto, Plaquetopenia, Hipoalbuminemia, desnutrición calórica proteica</b>	
Fecha de la valoración: <u>20/04/22</u> <b>Sevicio: UCI general</b>	
<b>VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD</b>	
<b>PATRÓN PERCEPCIÓN - CONTROL DE LA SALUD</b>	
Antecedentes de enfermedad y quirúrgicas: HTA ( ) DM ( ) Síndrome de intestino corto ( ) TBC ( ) Asma ( ) Otros _____	
Intervenciones quirúrgicas      No ( ) Sí (X)      (fecha)	
<u>4 de abril del 2002 fue intervenida Obstrucción Intestinal Ayacucho</u> <u>Postoperatorio sin incidencias</u> <u>Marzo del 2022 fue intervenida 2 veces por obstrucción, bridas intestinal Obstrucción Intestinal Ayacucho</u> <u>16 abril 2022 PO Resección Intestinal + Rafia De Colon Sigmoides Y Ileostomia Terminal</u>	
Alergias y otras reacciones      No (X)      Sí ( )	
Fármacos: _____ Alimentos: _____ Signos-síntomas: _____ Otros _____	
<b>Factores de riesgo</b>	
Consumo de tabaco      No ( )      Sí ( )	
Consumo de alcohol      No ( )      Sí ( )	
Consumo de drogas      No ( )      Sí ( )	
<b>Medicamentos (con o sin indicación médica)</b>	
¿Qué toma habitualmente?      Dosis/Frec.      Última dosis	
<u>hioscina</u> <u>1 tab/ C 12 horas</u> <u>17/ marzo /21</u>	
<b>Estado de higiene</b>	
Buena ( )      Regular (X)      Mala ( )	
¿Qué sabe usted sobre su enfermedad actual?	
<u>N/A</u>	
¿Qué necesita usted saber sobre su enfermedad?	
<u>N/A</u>	
<b>PATRÓN RELACIONES - ROL</b>	
Ocupación: <u>Agricultor</u> Estado civil: <u>Soltero ( )</u> Casado/a (X)	
Conviviente ( ) Divorciado/a ( ) Otro _____ ¿Con quién vive? Solo ( )      Con su familia (X)      Otros <u>Esposa y 9 hijos</u>	
Fuentes de apoyo: Familia (X) Amigos ( ) Otros _____ Comentarios adicionales: _____	
<b>PATRÓN VALORES – CREENCIAS</b>	
Religión: <u>Católico</u> Restricciones religiosas: <u>Ninguna</u> Solicita visita de capellán: _____ Comentarios adicionales _____	
<b>PATRÓN TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y ALESTRÉS</b>	
<b>PATRÓN AUTO PERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO</b>	
Reacción frente a la enfermedad y la muerte: <b>N/A</b> Tranquilo ( ) Preocupación ( ) Temor (X) Ansiedad ( ) Tristeza ( ) Irritabilidad ( ) Negación ( ) Temerario ( ) Irritable ( ) Indiferente ( ) Reacción del SNS al estrés: Palidez ( ) Diaforesis ( ) Sin alteración ( ) Otros: <u>Actualmente No valorable, familiar refiere tiene miedo ser operado por 4ta vez</u>	
<b>PATRÓN DESCANSO – SUEÑO</b>	
Horas de sueño: <u>Sedado</u> <b>N/A</b> Problemas para dormir: Si ( ) No (X) Especificar: _____ ¿Usa algún medicamento para dormir? No (X) Si ( ) Especificar: _____	
<b>PATRÓN PERCEPTIVO – COGNITIVO</b>	
Despierto ( ) Somnoliento ( ) Soporoso ( ) Inconsciente (X) Orientado: Tiempo ( ) Espacio ( ) Persona ( ) Presencia de anomalías en: <b>N/A</b> Audición: _____ Visión _____ Habla/lenguaje _____ Otro: _____ Dolor: No _____ Si _____ Descripción del dolor: _____	
<b>Escala de Glasgow: N/A</b>	
Apertura Ocular      Respuesta verbal      Respuesta motora	
4 Espontáneamente      mantiene      6 Obedece órdenes una conversación      5 Orientado	
3 A la voz      4 Confuso      5 Localiza el dolor	
2 Al dolor      3 Palabras inapropiadas      4 Sólo se retira	

Escala de RASS: -3  
 +4 Combativo ( ) -5 Sin Respuesta  
 +3 Muy agitado ( ) -4 Sedación Profunda  
 +2 Agitado (X) -3 Sedación Moderada  
 +1 Inquieto ( ) -2 Sedación Leve  
 0 Alerta / Calmado ( ) -1 Somnoliento

Pupilas: Isocónicas (X) Anisocónicas ( )  
 Reactivas ( ) Hiporeactivas ( ) No reactivas ( ) Tamaño: DD 1mm/OI 1mm

Comentarios adicionales: **Paciente bajo sedación continua.**

#### PATRÓN ACTIVIDAD - EJERCICIO

##### ACTIVIDAD RESPIRATORIA

Respiración: Hipoventilación ( ) Hiperventilación ( )  
 Disnea ( )  
 Patrón respiratorio: Eupnea ( ) Cheyne-stokes ( )  
 Biot ( ) Kussmaul ( ) Ruidos respiratorios:  
 Estertores ( ) Roncus ( )  
 Sibilantes ( ) Estridor ( ) Crépitos (X) **MV: pasa bien ACP**  
 Tos ineficaz: No ( ) Sí ( ) N/A  
 Reflejo de la tos: Presente ( ) Disminuido (X) Ausente ( )  
 Secreciones: No ( ) Sí (X)  
 Características: **poca cantidad densas amarillas**  
 O<sub>2</sub>: No ( ) Sí (X) Modo: **Asistido controlado por presión** FiO<sub>2</sub>: 26%, Sat O<sub>2</sub>: 98%, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>: 556  
 mmHg, PaO<sub>2</sub>: 132 mmHg, PaCO<sub>2</sub>: 32.6 mmHg, VM:  
 9.8, PEEP: 10, P<sub>pico</sub>: 22, VT: 488  
 TET: No Sí (X) Fijado en: 20 cm Comisura labios: I / D  
 Traqueostomía: No (X) Sí ( ) N°  
 Soporte ventilatorio: VMI (X) VMNI ( ) Snorkel ( )  
 A/C (X) CPAP ( ) SIM ( ) VC ( )

##### ACTIVIDAD CIRCULATORIA

Ritmo cardíaco: Regular (BS) Irregular ( )  
 Pulso periférico: Normal ( ) Disminuido (X) **Aumentado** ( )  
 Ausente ( )  
 Marcapaso: No (X) Sí ( ) Edema: No ( ) Sí (X) +++ en  
 MSI, MSD e MII, MID **Obs: pulso débil**  
**Llenado capilar:** < 2s > 2s - 4s  
 Riego periférico:  
 MII Tibio ( ) Frio (X) Caliente ( )  
 MID Tibio ( ) Frio (X) Caliente ( )  
 MSI Tibio ( ) Frio (X) Caliente ( )  
 MSD Tibio ( ) Frio (X) Caliente ( )  
 Soporte inotrópico: vasopresor: N.A. 4cc/h  
 Presencia de líneas invasivas:  
 Cateter periférico: **N°18 MSI**  
 Cateter venoso central: **yugular izquierda, 7Fr, 3 lúmenes**  
**FC 51c, FR 18 X, PVC: 6 mmHg**, porta una línea  
 arterial en radio derecho, P/A: 82/48mmHg, PAM:  
 61mmHg.

##### EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

1= Independiente 3= **Totalmente dependiente**  
 2= Parcialmente dependiente

Movilización en cama	1	2	3
Tomar alimentos	1	2	3

Movilidad de miembros: Conservada ( ) Flacidez ( )  
 Contractura ( ) Parexia ( ) Parálisis ( ) N/E  
 Fuerza muscular: Conservada ( ) Disminuida ( ) N/E

Comentarios adicionales: **Paciente en sedación profunda.**

#### PATRÓN NUTRICIONAL - METABÓLICO

**Piel**  
 Coloración: Normal ( ) Pálida (X) Cianótica ( ) Ictérica ( )  
 Hidratación: Seca (X) Turgente ( )  
 Integridad: Intacta ( ) Lesiones (X)  
 Hidratación: Sí ( ) No (X)  
 IMC: 20.5,  
 Vómitos: No (X) Sí ( ) Cantidad \_\_\_\_\_  
**Cavidad bucal**  
 Estado de higiene: Mala ( ) Regular (X) Buena ( )  
 Dentadura: Completa ( ) Incompleta (X) Ausente ( )  
 Prótesis ( )  
 Mucosa oral: Intacta (X) Lesiones ( )

**SNG:** No ( ) Sí (X) Alimentación ( ) Drenaje (X)

**Obs: SNG 14F a gravedad restos biliosos en poca cantidad 20cc en 24 horas**

Abdomen: Normal ( ) Distendido (X) Doloroso ( )  
 Ruidos hidroaéreos: Aumentados (X) Normales ( )  
 Disminuidos ( ) Ausentes ( ) **Drenajes:** No ( ) Sí (X)  
 Especificar: **Herida quirúrgica cubierta con apósito (manchado de sangre en el centro) portador de una bolsa de Bonta afrontada a la piel en el flanco derecho con exudado liquido acuoso 1050cc en 24 horas también presenta ~~ostomía~~ de intestino delgado en el flanco derecho drenando liquido bilioso acuoso abundante ~~aprox~~ 525cc en 24 horas.**

Intolerancia alimenticia: No (X) Sí ( )

Especificar:

Comentarios adicionales: **Con hidratación EV dextrosa 10% a 84 cc/h, 1er y 2do día en NPO (nada por vía oral), el 4to día de postoperado con Nutrición parenteral: 2:1 USNA 62.5 cc/h por 20 horas, con tolerancia hasta el momento, inicio de NPT 21/4/22,**

#### PATRÓN ELIMINACIÓN

Hábitos intestinales

Nº de deposiciones/día: **No deposiciones** Consistencia:

Normal ( ) Estreñimiento ( ) Diarrea ( ) Incontinencia ( )

Hábitos vesicales

Frecuencia \_\_\_\_\_ / día N/E

Oliguria: ( ) Anuria ( ) Disuria ( ) Retención (X)

Coluria ( ) Otros **Amarillo claro**

Debito urinario	Valor
<b>Poluria</b>	>4ml/kg/hora
<b>Normal</b>	<b>1 a 4ml/kg/hora</b>
<b>Oliguria</b>	0.5 a 0.99 ml/kg/hora
<b>Oligoanuria</b>	<b>0.1 a 0.49 ml/kg/hora</b>
<b>Anuria</b>	<0.1 ml/kg/hora

Sistema de ayuda:

Pañal (X) Colector ( ) Talla vesical ( ) Sonda (X)

Fecha de colocación: **16/04/22**

Comentarios adicionales: **sonda vesical permeable, VT orina en 24 horas 1470cc, BH +590 cc, no deposiciones hasta el momento.**

Sudoración excesiva No (X) Sí ( )

Comentarios adicionales \_\_\_\_\_

#### PATRÓN SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

Secreciones anormales en genitales: No (X) Sí ( ) Otras molestias \_\_\_\_\_

Observaciones **P.O Resección Intestinal + Rafia De Colon Sigmoides Y Ileostomia Terminal, Falla Intestinal gravo IV, Síndrome de Intestino corto, Plaquetopenia, Hipoalbuminemia, desnutrición calórica proteica Ingreso en UCI por Shock séptico en V.M. Estabilidad hemodinámica en los días siguientes y al 20º díase retira la sedación**

## **Apéndice D: 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: “Proceso de atención de enfermería aplicado a un paciente con shock séptico post operado de resección intestinal e ileostomía de la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de Lima, 2022”, El objetivo de este estudio es gestionar el Proceso de atención de enfermería aplicado a un paciente con shock séptico post operado de resección intestinal e ileostomía de la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de Lima, 2022. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Jessica Deysi Leon Moreno, bajo la asesoría de la Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas. 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 de estudio Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

#### **Beneficios del estudio**

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto. Habiendo leído detenidamente el

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

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**Apéndice D: Escalas de valoración**

**Escala Critical Care Pain Observation Tool – CPOT**

<b>Expresión facial</b>	<b>Puntaje</b>
Relajado	0
Tenso	
Mueca de dolor	
<b>Movimientos de los miembros</b>	
No realiza movimiento	0
Protección	
Agitación	
<b>Tensión muscular</b>	
Relajado	0
Tenso	
Muy tenso	
<b>Adaptación al ventilador</b>	
Bien adaptado al ventilador	0
Tose, pero tolera la ventilación	
Lucha con el ventilador	
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>

**Escala de Riesgo de Caídas de Downton**

Caídas previas	No	
	Si	1
Medicamentos	Ninguno	
	Tranquilizantes, sedantes, antidepresivo, otros	1
Déficits sensoriales	Ninguno	
	Alteraciones visuales, auditivas	1
Estado mental	Orientado	
	Confuso	1
Deambulación	Normal	
	Segura con ayuda insegura	1
Puntaje	Alto riesgo de caída	5

### Riesgo de Lesiones por Presión

<b>Estado físico general</b>	<b>Estado mental</b>	<b>Actividad</b>	<b>Movilidad</b>	<b>Incontinencia</b>
Bueno	Alerta	Deambula	Plena	Ausencia
Buen estado nutricional e hidratación				
Débil	Apático	Necesita ayuda	Disminuida	Ocasional
Aspecto seco de piel relleno capilar lento	Ordenes sencillas Mal orientadas		Requiere ayuda	
Malo	Confuso	Sentado	Muy limitada	Urinaria o fecal
Ligera deshidratación y edematización	Dormido			Falla de uno de los dos esfínteres
Muy malo	Estupor/coma	Encamado <b>1</b>	Inmóvil <b>1</b>	Fecal y urinaria
Deshidratación y nutrición <b>1</b>	No respuestas			fallan los dos
	Respuesta al dolor			<b>1</b>
Puntaje: <u>6</u> Riesgo de elevado de lesiones de presión				