



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**ESTUDIO DE CASO A MASCULINO DE 55 AÑOS DE ESTATUS
DE ABDOMEN ABIERTO CON BOLSA DE BOGOTÁ POR
SEPSIS ABDOMINAL.**

**QUÉ PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA PERIOPERATORIA.**

P R E S E N T A :
L.E MARYSOL TRINIDAD GARCÍA RAMOS.

ASESOR DE GRADO ACADÉMICO:
E.E.Q ROCIO NATIVIDAD ORTÍZ GARCÍA.



OAXACA, 2019.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Contenido

1. Introducción	4
2. Objetivos	6
Objetivo General:	6
Objetivos Específicos:	6
3. Fundamentación científica	7
4. Marco conceptual	9
4.1 Conceptualización de la enfermería	9
4.2 Paradigmas	9
4.3 Teoría de Enfermería	10
4.4 5 Proceso de Enfermería	17
4.6 Sepsis abdominal	19
Sepsis	19
Sepsis abdominal	19
Factores de riesgo	19
Fisiopatología	21
Síntomas	24
Diagnóstico	25
Tratamiento	27
<i>Restauración de la perfusión</i>	27
<i>Oxígeno de sostén</i>	28
<i>Antibióticos</i>	28
<i>Control de la fuente</i>	29
<i>Otras medidas de apoyo</i>	29
Pronóstico	30
5. Metodología	31
5.1 estrategias de investigación	31
5.2 Selección del caso y fuentes de información	31
5.3 Consideraciones éticas	32
6. Presentación del caso	34
6.1 Descripción del caso	34

6.2 Antecedentes generales de la persona	41
7. Aplicación del Proceso de Enfermería	44
7.1 Valoración de Virginia Henderson	44
7.1.1 Valoración focalizada	48
7.1.2 Análisis de estudios de laboratorio y gabinete	50
7.1.3 Jerarquización de problemas	50
7.2 Diagnósticos de Enfermería	51
7.3 Plan de cuidados	52
7.4 Evaluación del proceso	58
8. Plan de referencia	59
9. Conclusiones	60
10. Sugerencias	61
11. Glosario.	63
12. Bibliografía	64
13. Anexos	66
13.1 Cédula de evaluación	66
13.2 Escalas de valoración	79
13.3 Hoja principal de la evidencia científica	81
13.4 Consentimiento informado	83

1. Introducción

El término sepsis abdominal, Gorordo y Pérez la definen como la respuesta sistémica a un proceso infeccioso localizado en los órganos de la cavidad abdominal, incorporando una respuesta inflamatoria peritoneal o visceral no específica del hospedero ante la invasión microbiana. (1)

El presente Proceso de Atención de Enfermería (PAE), está dirigido a paciente con sepsis abdominal secundario a fístula intestinal, realizado en el Hospital General “Dr. Aurelio Valdivieso”, para su ejecución se basó en el PAE, el cual es una herramienta metodológica, sistemática, dinámica, humanística y centrada en objetivos, éste permite la aplicación del pensamiento crítico en el cuidado del paciente al prevenir la enfermedad y, promover, mantener o restaurar la salud, favoreciendo la sensación de bienestar y la capacidad para actuar según los roles deseados. Abordando a paciente con diagnóstico de sepsis abdominal, considerado como causa principal de morbilidad y mortalidad en pacientes admitidos a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), por tal motivo se pretende guiar al personal de enfermería que proporciona cuidados especializados a pacientes de la Unidad de Terapia Intensiva; en base con la mejor evidencia científica para mejorar la atención y la sobrevivencia de estos pacientes.

El paciente seleccionado para el presente proceso de sepsis abdominal se arriba en su onceavo día de estancia hospitalaria del servicio de Terapia Intensiva; teniendo de comorbilidades asociadas, tubo endotraqueal, catéter venoso central, bolsa de Bogotá y sonda Foley.

El apoyo del modelo conceptual de Virginia Henderson es fundamental y adecuado para su integración en la praxis, ya que de acuerdo a las características en común de las personas lleva un manejo integral, la valoración por necesidades permite al profesional de enfermería especializado planear las intervenciones precisas de acuerdo a la alteración de éstas.

La herramienta de trabajo de valoración que se utilizó fue la Teoría de Virginia Henderson, mediante la cual se obtuvieron los datos objetivos y subjetivos, por medio del examen físico cefalocaudal; del expediente clínico y de información indirecta de familiares del usuario; para que posteriormente se dieran inicio a las intervenciones para contribuir al cuidado del mismo; de acuerdo al patrón alterado para lograr una mejoría durante su estancia hospitalaria, con apoyo del formato PES. Las intervenciones que se han de llevar a cabo para contribuir al

cuidado del paciente han sido fundamentadas de acuerdo a grados de recomendación y niveles de evidencia centrándose en la recuperación del mismo. En dónde exige opiniones, conocimientos, habilidades y una adecuada relación enfermero-paciente para aplicar la teoría a la práctica real y en sentido profesional esto potencia el desarrollo de la Enfermería.

Se desarrollaron intervenciones de enfermería específicas de acuerdo a sus necesidades y priorizándolas para lograr los objetivos planteados.

Para su realización el trabajo está basado en el PAE (Proceso de atención de Enfermería), el cual se describe de la siguiente manera:

Un sistema de la práctica de la enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el cual el profesional de enfermería utiliza sus conocimientos y habilidades para diagnosticar la respuesta de la persona a los problemas reales o potenciales de la salud. (2).

Y se conforma por 5 pasos, que son los siguientes:

Valoración: permite estimar el estado de salud del usuario. Para el desarrollo de la etapa se utilizan herramientas, que permitan la estandarización del cuidado.

Representa la columna vertebral del PAE ya que a través de esta se definen los cuidados de enfermería.

Diagnóstico: juicio clínico sobre respuestas humanas ante procesos de salud reales o potenciales que son la base para la selección de intervenciones. Para el desarrollo se utilizará como herramienta la NANDA en combinación con el formato PES (problema, etiología, signos o síntomas).

Planificación: es la elaboración de estrategias para reforzar las respuestas humanas.

Ejecución: de las intervenciones que contribuyen a obtener los resultados esperados en la planeación. Con ayuda de GPC, GM que dan como resultados EBE y una PBE.

Evaluación: se realiza el comparativo de los resultados planeados con los resultados obtenidos, utilizando como herramienta el NOC.

2. Objetivos

Objetivo General:

Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en paciente de sepsis abdominal identificando los problemas reales, de riesgo del paciente que puedan comprometer su estado de salud; a través de la unificación y desarrollo de criterios intrahospitalarios dirigidas al tratamiento temprano y oportuno.

Objetivos Específicos:

- Recabar la información subjetiva y objetiva que permitan valorar el estado de salud del paciente que cursa con sepsis abdominal
- Diseñar un plan de cuidados de acuerdo a las necesidades alteradas
- Identificar y corregir las alteraciones y carencias de las 14 necesidades relacionadas con el procedimiento quirúrgico.
- Desarrollar un plan de alta enfocado a las necesidades del paciente considerando sus necesidades socioculturales.

3. Fundamentación científica

Para Gorordo y Pérez la sepsis abdominal es un padecimiento bastante común en la UCI, tiene consideraciones específicas que la diferencian de otros procesos sépticos. Esta entidad clínica es competencia de los equipos quirúrgicos, clínicos y servicios de apoyo por la compleja fisiopatología y los múltiples caminos que pueden cursar la enfermedad. (1)

Y actualmente a nivel mundial se estima que entre 20 y 30 millones de pacientes son afectados por esta grave entidad. Cada hora, aproximadamente 1 000 personas y cada día alrededor de 24 000 pacientes mueren a causa de la sepsis en todo el mundo. Desafortunadamente la sepsis es una de las enfermedades menos conocidas. (3)

En el estudio de Carrillo E., se informa sobre el comportamiento de la sepsis en nuestro país. En dónde realizaron un estudio multicéntrico, transversal, en el que incluyeron 135 UCI públicas y privadas de 24 estados de la República Mexicana; de los 49 957 internamientos anuales se presentaron 11 183 casos de sepsis (27.3 %), la mortalidad por esta causa fue de 30.4%. Casi 87% (2 953 pacientes) correspondió a unidades públicas, y 13% (449 pacientes) a unidades privadas. Las causas más frecuentes fueron: abdominal 47%, pulmonar 33%, tejidos blandos 8%, vías urinarias 7% y misceláneas 5%. De las bacterias aisladas 52% fueron gramnegativos, 38% grampositivos, y 10% hongos. En 60% de las UCI privadas se tenía conocimiento de la SSC (campaña de conocimiento en sepsis), contra sólo 40% de las UCI públicas. Las conclusiones de este estudio son que la sepsis tiene una elevada incidencia y mortalidad y supone costos importantes al sistema de salud, así como que el desconocimiento de la campaña para aumentar la sobrevida en sepsis en los profesionales de la salud es un hecho lamentable. (4)

Por contraparte en el estudio de Gorordo y Pérez; en la base de datos de la UCI Adultos del Hospital Juárez de México, del 1 de enero de 2011 al 31 de diciembre de 2014, se reportaron 1 180 ingresos, de los cuales 105 tuvieron diagnóstico primario de sepsis severa o choque séptico de etiología abdominal, 20 % de estos pacientes presentaron infección o dehiscencia de la, herida quirúrgica, con una mortalidad de 53.8 % en 2011 y 22.5% el último año. (1) La sepsis es subdiagnosticada y sus mecanismos fisiopatológicos y manejo integral son poco conocidos entre el personal de salud, lo que se traduce en un manejo y reporte sanitario inadecuados.

En el análisis por entidad federativa, la presencia de sepsis en el estado de salud de la población, al igual que muchos otros factores vinculados con las condiciones socio-sanitarias en las que nos encontramos inmersos, forman partes de las disparidades sociales que caracterizan a nuestro país. Por ello se considera relevante el análisis de cifras a nivel de entidad federativa, para lo cual se ha calculado la tasa de incidencia por cada diez mil egresos, y cuyos resultados se presentan en el gráfico siguiente:

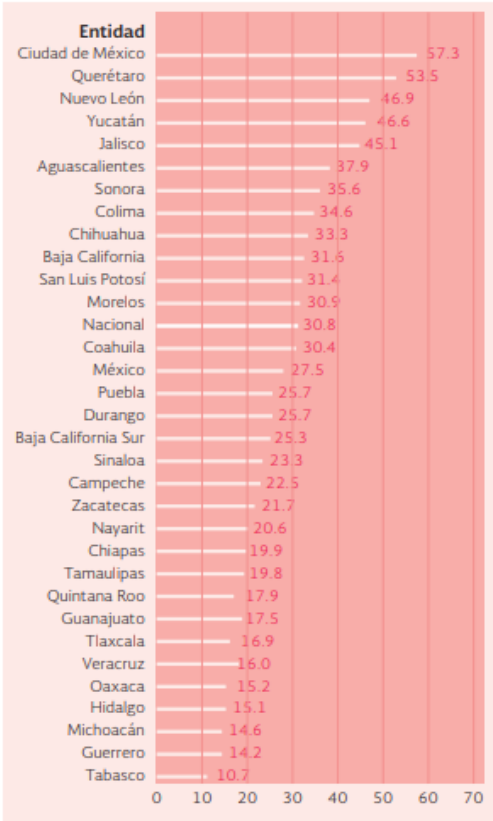


Gráfico 4.- Tasa de incidencia de sepsis por cada diez mil egresos del sector público a nivel de entidad federativa, 2008-2015

Los niveles más bajos se encuentran en la región sur (tasa de 15 o menos casos por diez mil egresos), en estados como Oaxaca, Guerrero, Hidalgo y Tabasco, entre otros, donde se ubican grandes segmentos de población rural, indígena, con altos niveles de pobreza y con las condiciones más precarias en cuanto a unidades médicas de salud, lo que indirectamente podríamos considerar como mayor detrimento en el adecuado diagnóstico y peores niveles de registro de información. Esto contrariamente a lo que podría esperarse (a más desarrollo, menos morbilidad y patologías). (5) Lo anterior coloca a la sepsis como un problema emergente de salud pública en México.

4. Marco conceptual

4.1 Conceptualización de la enfermería

Según la NORMA Oficial Mexicana (6) NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud define la enfermería como: la ciencia y arte humanístico dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas, ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad y una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes.

En cuanto Virginia Henderson define enfermería como la “asistencia al individuo tanto sano como enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o su recuperación o a lograr una muerte digna. Son actividades que realizaría por él mismo si tuviera la fuerza, el conocimiento o la voluntad necesarias, con la finalidad de que le ayude a ganar la independencia” (7).

4.2 Paradigmas

La clasificación de los modelos de enfermería como paradigma, que aplicaba conceptos meta paradigmáticos como los de persona, entorno, salud y enfermería, contempla los trabajos de un modo que mejora la comprensión del desarrollo del conocimiento y arroja luz sobre el avance de la ciencia de la enfermería dentro de las visiones contempladas por estos paradigmas. A la vez se han fundamentado en las diferentes corrientes de pensamiento que han servido para orientar la disciplina de enfermería.

El término de paradigma, se considera como un patrón o guía integrado por las creencias e ideas, que orienta las actividades y realizaciones de los científicos durante un cierto periodo de tiempo. (8)

Persona: Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos,

sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables. (9) Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

Entorno: Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados. (9)

Salud: La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. (9)

Enfermería: Persona que ayuda a la persona a recuperar o mantener su independencia, supliéndole en aquello que no pueda realizar por sí mismo (“hacer con / hacer por”). (9)

4.3 Teoría de Enfermería

Uno de los modelos más utilizados en nuestro país, por su adecuación a los criterios descritos, es el definido por Virginia Henderson. Este Modelo Conceptual se fundamenta en la capacidad de la persona en mantener la independencia en las 14 necesidades fundamentales, concluye Hernández. (7,10).

El Modelo de Virginia Henderson se encuentra entre aquellos modelos que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo central para la actuación enfermera. El máximo principio de Virginia Henderson para aplicar su modelo teórico a la práctica consiste en que la enfermería debe ser capaz de fomentar la actividad del paciente para que éste adquiera su independencia. El objetivo del modelo de Virginia Henderson es que el paciente sea independiente lo antes posible. (9,10) Para Henderson la/el enfermero/o es aquel que asiste a los pacientes en las actividades básicas de la vida diaria para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o acompañar a la muerte en paz. (10)

El modelo conceptual de Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería. Abarca los términos Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística.

Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible. (8)

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson afirmando, que, si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar. La sociedad espera de la enfermera un servicio que solamente ella puede prestar.

Virginia establece tres tipos de niveles en la relación que establece el enfermero/a con el paciente en el proceso de cuidar:

1. Nivel sustitución: la enfermera sustituye totalmente al paciente.
2. Nivel de ayuda: la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.
3. Nivel de acompañamiento: la enfermera permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía. (7,11)

En una enfermera se da la combinación de que la enfermería avance mediante investigaciones, estableciendo los diferentes campos y funciones como las siguientes:

1. **Asistenciales**: apoya al individuo en la conservación de su salud, al incremento de la misma y se encarga de apoyarlo en la recuperación de los procesos patológicos. Las actividades se realizan en el medio hospitalario y extrahospitalario.
2. **Docentes**: La enfermería como ciencia tiene un cuerpo de conocimientos que le es propia y específica y que le crea la necesidad de transmitirla. Por una parte, la formación de los futuros profesionales en los niveles de planificación, dirección, ejecución y control de la docencia.

3. **Administrativas**: es actuar conscientemente sobre un sistema social y cada uno de los subsistemas que lo integran, con la finalidad de alcanzar determinados resultados.
4. **Investigadoras**: aquellas actividades que van a fomentar en que se considera que enfermería desee trabajar.

El profesional de enfermería tiene como esencia el cuidado de la persona: Acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por sí sola con respecto a sus necesidades básicas, incluye también la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar.

El cuidado de enfermería se proporciona a través de las siguientes intervenciones:

1. **Intervenciones independientes**: Actividades dirigidas a la atención de las respuestas humanas, son acciones para las cuales está legalmente autorizado a realizar de acuerdo a su formación y experiencia profesional. Son actividades que no requieren prescripción previa por otros profesionales de la salud.
2. **Intervenciones interdependientes**: Actividades que el personal de enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud.
3. **Intervenciones dependientes**: A las actividades que realiza el personal de enfermería por prescripción de otro profesional de la salud en el tratamiento de los pacientes, de acuerdo al ámbito de competencia; como la administración de medicamentos, cambios de posición, fisioterapia pulmonar, movilización continua, cuidados a herida quirúrgica, entre otros.

La eficacia en la realización de los cuidados dependientes e independientes determina el éxito o fracaso en la recuperación de los pacientes y por ende la calidad de la atención y la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. (7,12). Es la independencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales:

1.- Respirar con normalidad: La valoración de esta necesidad pretende conocer la función respiratoria de la persona. Es por ello que, el Profesional de Enfermería deberá de averiguar los hábitos del cliente y planificar las intervenciones a desarrollar para satisfacer esta necesidad humana básica.

Según el Modelo de Virginia Henderson, matiza que los enfermeros debemos de tener el control de algunos aspectos ambientales, tales como la temperatura, humedad, sustancias irritantes y olores. Así como, hace referencia al masaje cardíaco y al control de oxigenación dentro de esta necesidad.

2.- Comer y beber adecuadamente: La necesidad de alimentación es esencial para que el ser humano mantenga su vida o asegure su bienestar, e incluye todos los mecanismos y procesos que van a intervenir en la provisión de alimentos y líquidos, así como en su ingestión, deglución, digestión e integración de los nutrientes para el aprovechamiento energético por parte del cuerpo. La manera de satisfacer esta necesidad es muy variable según las culturas, las formas de vida, etc. e incluso puede variar, en una misma persona, por causas físicas, psicológicas o sociales, o sencillamente por la edad, pero lo que es incuestionable es su necesidad para la vida y por ello, la correcta e imprescindible valoración por parte de enfermería.

3.- Eliminar los desechos del organismo: El organismo precisa eliminar los desechos que genera, resultantes del metabolismo, para su correcto funcionamiento. La eliminación se produce principalmente por la orina y las heces, también a través de la piel, respiración pulmonar y la menstruación. La valoración de la necesidad pretende conocer la efectividad de la función excretora de la persona. Describe la función y los aspectos relacionados con ella. Los datos obtenidos de la valoración nos permiten determinar si los comportamientos y conductas de la persona con objeto de satisfacer su necesidad son adecuados y suficientes.

4.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada: La Necesidad de Moverse y Mantener Posturas Adecuadas es, un requisito fundamental indispensable para mantener la integridad, entendida ésta como la armonía de todos los aspectos del ser humano. Desde esta perspectiva, la satisfacción de esta necesidad está condicionada no solo por aspectos

biológicos, sino también psicológicos, socioculturales y espirituales (edad, crecimiento, constitución, emociones, personalidad, cultura, rol social.).

5.-Descansar y dormir: Se puede definir como la capacidad de una persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo del día, asociada tanto a la cantidad como a la calidad del sueño y descanso, así como la percepción del nivel de energía diurna. Sin sueño y descanso, la capacidad de concentración, de enjuiciamiento y de participar en las actividades cotidianas disminuye, al tiempo que aumenta la irritabilidad. Para las personas que padecen un proceso de enfermedad, la necesidad de descanso y sueño aumenta, pues la situación implica un gasto adicional de energía. Con nuestra valoración, debemos describir la capacidad de la persona de cubrir esta necesidad, con el fin de intervenir eficazmente sobre un patrón ajustado que permita a la persona una adecuada interrelación con su entorno. (7,12)

6.-Seleccionar vestimenta adecuada: Necesidad de proteger el cuerpo en función del clima, las normas sociales y los gustos personales. La satisfacción de esta necesidad implica capacidades cognitivas que permitan elegir adecuadamente las prendas, así como capacidades y habilidades físicas (fuerza, coordinación de movimientos, flexibilidad articular) suficientes para ponerse y quitarse la ropa.

7.-Mantener la temperatura corporal: Se refiere a la necesidad de la persona de mantener la Temperatura corporal dentro de los límites normales según haga frío o calor, adecuando la ropa y modificando el ambiente. Se persigue promover la salud a través de actividades que permitan mantener la temperatura en cifras normales, actuar ante las alteraciones de Temperatura corporal relacionadas con enfermedades, y prevenir complicaciones derivadas de éstas.

8.-Mantener la higiene corporal: Mantenerse limpio y tener un aspecto aseado es una necesidad básica que han de satisfacer las personas para conseguir un adecuado grado de salud y bienestar. El grado de higiene corporal es considerado un signo externo del estado de salud que presenta la persona. Por otro lado, es imprescindible procurar una piel íntegra, sana, limpia y cuidada que nos permita protegernos de las agresiones del medio y de la penetración de elementos no deseados en el organismo. Con nuestra valoración, pretendemos conocer la idoneidad de la higiene de la persona, la capacidad para su ejecución y evaluar el estado de la piel y mucosas.

9.-Evitar los peligros del entorno: Se enmarca en la conveniencia de que la persona disponga de las habilidades y conocimientos necesarios que le permitan identificar las condiciones ambientales y conductuales que favorecen o aumentan el riesgo de sufrir accidentes, de tal manera que pueda prevenir los peligros sobre sí misma y también evitar lesionar a otras personas. Tienen importancia tanto los aspectos que se relacionan con factores medioambientales que influyen en el mantenimiento de la seguridad física y las dificultades o limitaciones para mantenerla, como los sentimientos y emociones asociados a una situación de peligro, la capacidad para afrontarla, cómo identifica las dificultades o cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas.

10.-Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones: Para la persona es fundamental expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones, interaccionando con el resto de personas y con su entorno. Las emociones están íntimamente ligadas a las alteraciones de salud tanto física como psicológicamente. La enfermería promueve el bienestar del paciente, fomentando las relaciones y la aceptación de la propia persona. En este sentido se debe valorar el equilibrio entre la soledad - interacción social, estado de los órganos de los sentidos, capacidad de expresión, relaciones con familia, amigos y pareja, etc., teniendo en cuenta la accesibilidad de los que intervienen, conocimiento del yo, intercambio, vía de relación y estímulos.

11.-Ejercer culto a Dios, acorde con la religión: Ésta necesidad persigue atender a los valores y creencias, que guían las decisiones y opciones vitales de la persona. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud. La importancia de esta necesidad radica en que todos necesitamos unos valores y creencias para poder desarrollarnos como tal. Además, posee una importante relación con el estado anímico y de pertenencia a un grupo.

Ésta necesidad debe ser satisfecha por parte de la enfermera desde el respeto a esos valores y creencias y prestando especial atención a que ésta necesidad adquiere más importancia en momentos de enfermedad y podría constituir un apoyo para ayudar a las personas a afrontar y adaptarse a su situación actual y futura.

12.-Trabajar de forma que permita sentirse realizado: La necesidad de Autorrealización valora la capacidad de actuar de manera que el individuo se sienta satisfecho consigo mismo y con el rol que le toca desempeñar. La satisfacción de esta necesidad está estrechamente ligada con el hecho de que la tarea que se realiza esté de acuerdo con los valores e intereses de la persona. Valora patrones de conducta, capacidades, actividades, respuestas positivas y negativas, esfuerzos cognitivos y conductuales, tarea adaptativa. Describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales y su efectividad, manifestado en términos de tolerancia al estrés. Incluye capacidad de resistencia de la persona a los ataques de la integridad, manejo del estrés, sistemas de soporte y ayuda y capacidad percibida de manejar situaciones estresantes. Asimismo, tiene en cuenta una forma de autoexpresión importante a través de la cual la persona puede manifestar su capacidad creadora como es el trabajo.

13.- Participar en todas las formas de recreación y ocio: El ser humano tiene Necesidad de ocio y recreo, que según Virginia Henderson constituye un requisito fundamental indispensable para mantener su integridad. Una situación de salud/enfermedad o acontecimiento vital puede romper dicha integridad de la persona en su situación de vida, ocasionando al individuo un problema de independencia total o parcial para satisfacer esta Necesidad.

14.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud: La adquisición de conocimientos y adiestramiento del paciente se considera fundamental en los cuidados básicos de la persona para favorecer el manejo de la propia salud. Ésta puede empeorar o mejorar según el nivel de conocimientos que posea la persona acerca de su proceso. Con esta necesidad se pretende detectar las habilidades y conocimientos de la persona sobre las actividades beneficiosas para su salud, así como las limitaciones para el aprendizaje. (7,12)

4. 5 Proceso de Enfermería

El Proceso de Atención de Enfermería es una herramienta metodológica que permite otorgar cuidados a las personas sanas a través de una atención sistematizada. Configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales, compuesta por cinco etapas: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación de resultados, ejecución de intervenciones, y evaluación de resultados. (7,14)

Valoración: permite estimar el estado de salud del usuario. Para el desarrollo de la etapa se utilizan herramientas, que permitan la estandarización del cuidado. Método para valoración de enfermería: de patrones funcionales de Marjory Gordon, aparatos y sistemas, céfalo caudal, dominios NANDA, marco conceptual, teórico de enfermería.

Representa la columna vertebral del PAE ya que a través de esta se definen los cuidados de enfermería.

Diagnóstico: juicio clínico sobre respuestas humanas ante procesos de salud reales o potenciales que son la base para la selección de intervenciones. Para el desarrollo se utilizará como herramienta la NANDA en combinación con el formato PES (problema, etiología, signos o síntomas).

Para hacer las conclusiones clínicas y estructurarlas en diagnóstico de enfermería, es indispensable haber realizado la valoración de enfermería por cualquier método.

Tipos de diagnósticos y sus elementos:

- Real: problema, etiología, síntomas
- Riesgo: problema y etiología.
- Salud: problemas y síntomas.

Problema: Problema de salud, que se corresponde con la etiqueta diagnóstica.

Etiología: donde se reflejan las causas que favorecen la aparición del problema de salud.

Síntomas: constituido por los signos y síntomas que aparecen como consecuencia del problema.

Es necesario mencionar que los factores relacionados del diagnóstico de enfermería determinarán la planeación de los cuidados, acciones e intervenciones.

Planificación: es la elaboración de estrategias para reforzar las respuestas humanas.

Plan de cuidados de enfermería (PLACE), documenta y comunica la situación del paciente, resultados esperados, estrategias, intervenciones y evaluación de todo ello. Existen diferentes tipos de planes, entre ellos destacan los siguientes:

Individualizado: permite documentar los problemas del paciente, objetivos del plan de cuidados y acciones de enfermería para un paciente concreto.

Estandarizado: es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que presentan problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.

Estandarizado con modificaciones: permite la individualización al dejar abiertas opciones en el problema del paciente, los pacientes los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

Computarizado: requiere la captura previa en un sistema informático de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización de la atención personalizada a un paciente concreto.

Ejecución: de las intervenciones que contribuyen a obtener los resultados esperados en la planeación. Con ayuda de GPC, GM que dan como resultados EBE y una PBE.

Evaluación: se realiza el comparativo de los resultados planeados con los resultados obtenidos, utilizando como herramienta el NOC. La redacción narrativa debe ser acorde a la respuesta humana de la persona (ambulatorio-hospitalario). (7,14)

4.6 Sepsis abdominal

Sepsis

La GPC la define como respuesta inflamatoria sistémica con sospecha de infección o infección documentada. (15). En 2016 el Consenso Sepsis, la define como una disfunción orgánica amenazante de la vida, producto de una desregulación del huésped debido a una infección. (19,21)

Sepsis abdominal

Es la respuesta sistémica a un proceso infeccioso inicialmente localizado en los órganos de la cavidad abdominal, incluidos el epiplón y peritoneo, representa la respuesta inflamatoria peritoneal o visceral no específica del hospedero ante la invasión microbiana. (1).

El término sepsis se origina del vocablo griego sepo que significa putrefacción. Dicho término se comenzó a utilizar mucho antes que se relacionara a la infección con los microorganismos. El termino choque viene del francés, que significa “colisionar con” y empezó a usarse en el año 1700, sin distinguir una causa específica. (1) Hipócrates utilizó este término para describir el proceso anormal de descomposición de los tejidos que da lugar a la fetidez, formación del pus y en ocasiones, la muerte.

Factores de riesgo

La mayor parte de los casos de sepsis intraabdominal incluye la participación de flora de la vía gastrointestinal del huésped.

- La acidez gástrica constituye el principal factor que impide que las bacterias se adhieran en las paredes de la porción proximal del intestino delgado.
- La obstrucción de yeyunoileón ocasiona estasis, con un incremento importante en el número de bacterias.
- Fase de peritonitis
- Bacteriemia

Mientras Gotts, en el artículo de fisiología y tratamiento de la sepsis (18), la clasifica en dos grupos; no infecciosas e infecciosas:

No infecciosas:

- Pancreatitis.
- Isquemia tisular.
- Lesión tisular traumática y quirúrgica
- Quemaduras.
- Tromboembolia.
- Vasculitis.
- Reacciones a fármacos
- Procesos autoinmunes y neoplásicos

Infecciosas:

- Staphylococcus aureus
- Pseudomonas spp
- Escherichia coli.
- Micóticos.
- Cándida.

Por otro lado, el GEG-Local consideró que los pacientes con sospecha o certeza de infección y con índice de SOFA < 2 puntos y SIRS < 2 puntos, en los que persista la sospecha clínica de sepsis, el clínico puede evaluar factores de riesgo para desarrollar sepsis, que serían de ayuda para establecer la sospecha de sepsis. Para ello, se consideró la lista de factores de riesgo que propone la guía NICE (2016), con modificaciones en lo que respecta al manejo sólo en pacientes adultos, gestantes y personas institucionalizadas. El GEG-Local consideró adecuado establecer un punto de BPC para que en estos casos se pueda establecer la sospecha de sepsis si el paciente tiene 1 o más factores de riesgo para desarrollar sepsis; y por consiguiente iniciar también el manejo protocolizado de sepsis. (19)

- Mayores de 75 años o personas muy frágiles.
- Personas con problemas de sistema inmune debido a enfermedades o drogas como: quimioterapia, diabetes mellitus, neoplasias hematológicas, infección por VIH, personas con tratamiento a largo plazo de corticoides o inmunosupresores.
- Personas que han sido sometidos a cirugía u otros procedimientos invasivos en las últimas 6 semanas.
- Personas con daño en la integridad de piel.
- Personas que abusan de drogas por I.V
- Personas que usan catéteres de manera permanente.
- Gestantes que terminaron su embarazo o tuvieron un aborto en las últimas 6 semanas; y además tuvieran algún otro factor de riesgo para desarrollar sepsis.

Delimitando los factores de riesgo, Yarmuch y colaboradores, en el artículo Sepsis severa y cirugía, hacen mención de las causas más frecuentes, exclusivamente de infección intraabdominal:

- Apendicitis.
- Post-operatorio.
- Colecistitis.
- Diverticulitis.
- Perforación de colon no diverticular.
- Perforación gastroduodenal.
- Perforación intestino delgado.

Fisiopatología

La peritonitis primaria se define como la infección de una ascitis preexistente en ausencia de una causa intraabdominal. (1) Incluye las situaciones en las que no se observa ningún foco intraabdominal, cuando no se evidencia la fuente de sepsis. La hipótesis más aceptada de la peritonitis bacteriana espontánea es la siguiente:

- Traslocación de las bacterias desde la luz intestinal a los ganglios linfáticos mesentéricos.
- Progresión de las bacterias a lo largo de los conductos linfáticos, conducto torácico y contaminación de la sangre.
- Bacteriemia prolongada.
- Formación de líquido ascítico contaminado con bacterias.
- Crecimiento incontrolado de bacterias en las ascitis.

La peritonitis secundaria aparece por la pérdida de la integridad del tracto gastrointestinal. Después de la contaminación peritoneal inicial, las bacterias encuentran tres formas de defensa del huésped: la depuración linfática, la fagocitosis y el secuestro por fibrina. (1,16)

El diafragma contiene estomas que actúan como conductos hacia el sistema linfático, las bacterias son rápidamente depuradas por esta vía y posteriormente se exponen a las defensas sistémicas. Esta depuración es tan eficiente que la peritonitis o formación de abscesos sólo ocurrirá cuando estén presentes sustancias adyuvantes (como hemoglobina, bario o tejido

necrótico). Estas sustancias, pueden promover la proliferación bacteriana al proporcionar nutrientes que aumentan el desarrollo bacteriano tales como el hierro, al bloquear mecánicamente los linfáticos y por daño en la quimiotaxis y capacidad de destrucción bacteriana por el sistema inmune.

Durante las 3 primeras horas, después de la contaminación bacteriana, los macrófagos locales son las células fagocíticas predominantes y éstas también son depuradas por el sistema linfático. Si la proliferación bacteriana prevalece, los leucocitos polimorfonucleares se hacen más numerosos. Conforme la inflamación peritoneal tiene un desarrollo más amplio, la formación de fibrina atrapa bacterias, limita su desarrollo y junto con el epiplón sella las perforaciones.

Existe un incremento en el flujo sanguíneo esplácnico y en la permeabilidad capilar, dando como resultado un exudado de entre 300 y 500 mL de líquido/h, lo cual puede conducir a hipovolemia y choque.

El ingreso de microorganismos hacia los linfáticos puede producir bacteremia, sepsis sistémica y sitios secundarios de infección. El exudado de líquido hacia la cavidad diluye las opsoninas, por tanto, reduce la actividad de opsonización y fagocitosis. Los depósitos de fibrina atrapan bacterias, lo cual provee un ambiente asilado, lo que a su vez daña la penetración antimicrobiana y la migración fagocítica. Mientras que estos eventos ayudan al control de la peritonitis generalizada, ellos promueven el desarrollo de uno de los hallazgos macroscópicos más importantes, los abscesos intraabdominales.

El Consenso Internacional, denomina la peritonitis terciaria como una inflamación peritoneal que persiste después de 48 horas, con signos clínicos de irritación peritoneal. (1)

Analizaremos algunos puntos importantes como:

Disfunción celular en sepsis

Las diferentes células del sistema inmune cumplen un rol fundamental en la respuesta a la sepsis y en el resultado final: mejoría o muerte. Analicemos las diferentes células del sistema inmune y su rol en sepsis.

Disfunción del neutrófilo: El neutrófilo es una célula clave del sistema inmune innato. Son las primeras células en llegar al sitio de infección. En sepsis severa se pierde la regulación del neutrófilo, se altera su tiempo de vida media y genera mayor disfunción endotelial.

Disfunción del linfocito: El linfocito juega un rol importante en muchas de las manifestaciones clínicas de los pacientes sépticos, en especial de su estirpe CD4, el papel que juega el linfocito Th1 (helper 1) y el linfocito Th2 (helper 2) con respecto a la aparición de SIRS o CARS; es por vía Th1 la respuesta será SIRS, ya que es gobernado por citocinas proinflamatorias y el resultado final será necrosis celular; contrario a lo que sucede con la respuesta Th2 en donde gobiernan las citocinas antiinflamatorias, la respuesta es anergia y la muerte celular será por apoptosis. Es precisamente esta vía la que genera en los linfocitos una muerte apoptótica acelerada, con depleción de linfocitos y pérdida de regulación y función de las células T. (14)

Síndrome de dificultad microcirculatoria mitocondrial

Sin duda uno de los fenómenos principales de fallo celular es en sí la incapacidad de la célula para producir y administrar la energía, esta situación entonces se manifiesta como un fallo mitocondrial. El fenómeno se inicia como una incapacidad de las células para usar el oxígeno.

Se alteran primero las células que tienen alta demanda de energía, hay aumento de la producción de ADP, aumento de la producción de lactato, pero con una inadecuada depuración de éste a nivel mitocondrial, y después se activan puntos clave para la activación de la vía de las caspasas, generando apoptosis. Una manera clínica de apreciar dichos fenómenos en el día a día es aquel paciente que a nivel global parece estar cumpliendo metas de reanimación, pero a nivel tisular no depura el lactato, más bien lo aumenta. Esta situación es la que se conoce como síndrome de dificultad microcirculatoria mitocondrial. (14)

Sepsis y coagulación

La sepsis inicia un proceso procoagulante por activación del endotelio e incremento de la expresión de factor tisular.

En la sepsis disminuyen los niveles de proteínas C y S, antitrombina III y el inhibidor del factor tisular del plasminógeno. El lipopolisacárido (LPS) y el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) disminuyen la síntesis de TM y el receptor endotelial de la proteína. Dichos componentes

disminuyen la activación de la proteína C ya que la sepsis, además de alterar la vía de la proteína C, disminuye la expresión de receptores para ésta. (14)

Sepsis y microcirculación

La sepsis genera un desorden de la microcirculación.

Se conoce como unidad microcirculatoria a la arteriola terminal, el lecho capilar y la vénula poscapilar. En la arteriola terminal ocurren las características de vasodilatación y respuesta a los vasopresores. El lecho capilar es donde la activación-disfunción de la célula endotelial es más pronunciada y donde se presenta la trombosis microvascular. La vénula poscapilar es donde el tráfico leucocitario es más desordenado. Los leucocitos se adhieren a los vasos, se agregan y perpetúa la alteración del flujo de la microcirculación. Estas alteraciones, además de ser en sí mismas la causa de la falla microcirculatoria, generan un cortocircuito con aumento del lactato. Y aparece la famosa “esquina letal”, en donde un inadecuado aporte de oxígeno a la vénula poscapilar se manifiesta con una baja SvO₂ mixta, y la sangre arterial es usada por la parte proximal de los tejidos dependientes de la arteria, pero la parte distal no es bien perfundida y genera disoxia. (14)

Síntomas

La peritonitis ocurre después del escape de microorganismos hacia la cavidad abdominal a partir de un órgano enfermo o traumatizado. (16) La principal manifestación es el dolor seguido de:

- Fiebre
- Náusea
- Vómito
- Inflamación
- Espasmo reflejo tónico de la musculatura abdominal.
- Aumento de presión dentro de las asas intestinales. (1)

Diagnóstico

Carbón en su artículo menciona en primer lugar la paraclínica, hemocultivos y urocultivos. Así mismo, en el artículo de revisión Gorordo y Pérez, (1) mencionan los siguientes estudios de laboratorio, con fines diagnósticos, pronósticos y monitoreo de tratamiento (14,19):

- Biometría hemática completa
- Glucosa sérica
- Pruebas de funcionamiento hepático completo
- Pruebas de función renal
- Depuración de creatinina (6h, 24 h)
- Tiempos de coagulación, INR
- Enzimas musculares
- Dímero D
- Examen General de Orina
- Cortisol
- PCR
- Hemocultivos para bacterias y hongos
- 1-3 B—D-Glucano
- Cultivo-biopsia de zona afectada

Gabinete

- Radiografía torácica
- Tomografía Abdominal
- Ultrasonido (1, 16)
- Interleucina 6 (IL-6): molécula sintetizada por las células del sistema mononuclear fagocítico; junto con la IL-8 es la citoquina con mayor sensibilidad y especificidad para distinguir sepsis de un SIRS no infeccioso y por su alto poder predictivo define mortalidad.
- sTREM-1 (triggering receptor expressed on myeloid cells-1): receptor de superficie expresado en las células mieloides; se encuentran en los neutrófilos y monocitos, se ha demostrado su incremento en pacientes con sepsis y con evolución a choque séptico.

- Neopterina: molécula derivada de las pteridinas, liberada por macrófagos activados. Demuestra utilidad en infecciones respiratorias y en infecciones pulmonares a causa de microorganismos intracelulares. Su desventaja, pico máximo tras varios días del inicio de la infección.
- Proadrenomedulina: molécula precursora de adrenomedulina. Su concentración aumenta en situaciones de estrés celular y es reconocida como marcador inflamatorio.
- Lactato: considerado como el mejor marcador de hipoperfusión e hipoxia tisular. Se encuentra incluido en las recomendaciones de valoración de los pacientes con sepsis. El valor de corte es de 2.5 mmol/L.
- Proteína C reactiva.
- Procalcitonina.
- Copeptina.
- Marcadores lipídicos.
- microRNAs.

Sanabria y colaboradores mencionan que “Del grado de activación del FNκβ en pacientes sépticos dependerá la respuesta inflamatoria y, por ende, el resultado y pronóstico del paciente”; es por ello que limitan sus criterios diagnósticos, dando parámetros específicos del mismo: (14,15)

Cuadro 3.2. Criterios diagnósticos de sepsis.*

Infección documentada o sospechada y algunos de los siguientes parámetros:

VARIABLES GENERALES

- Fiebre (temperatura > 38.3 °C)
- Hipotermia (temperatura < 36 °C)
- Frecuencia cardíaca < 90 min o < 2 desviaciones estándar del valor normal para la edad
- Taquipnea
- Alteración del estado mental
- Edema significativo o balance hídrico positivo (> 20 mL/kg por más de 24 h)
- Hiperglucemia (glucemia > 120 mg/dL o 7.7 mmol/L en ausencia de diabetes)

VARIABLES INFLAMATORIAS

- Leucocitosis (cuenta WBC > 12 000 mm³)
- Leucopenia (cuenta WBC < 4 000 mm³)
- Cuenta de WBC normal con más de 10% de formas inmaduras
- Proteína C reactiva plasmática > 2 desviaciones estándar del valor normal
- Procalcitonina plasmática > 2 desviaciones estándar del valor normal

VARIABLES HEMODINÁMICAS

- Hipotensión arterial (PAS < 90 mm Hg, PAM < 70 mm Hg o un descenso de la PAS > 40 mm Hg en adultos o < 2 desviaciones estándar por debajo del valor normal para la edad)
- SvO₂ mixta > 70%. (El valor normal de éste en niños oscila entre 75 y 80%)
- Índice cardíaco > 3.5 L/min. (El valor de éste en niños oscila entre 3.5 y 5.5)

VARIABLES DE DISFUNCIÓN ORGÁNICA

- Hipoxemia arterial (PaO₂/FIO₂ < 300)
- Oliguria aguda (gasto urinario < 0.5 mL/kg/h al menos por 2 h)
- Aumento de la creatinina > 0.5 mg/dL
- Anormalidades de la coagulación (INR > 1.5 o PTT > 60 s)
- Íleo (en ausencia de obstrucción intestinal)
- Trombocitopenia (cuenta de plaquetas < 100 000 mm³)
- Hiperbilirubinemia (BT > 4 mg/dL o 70 mmol/L)

VARIABLES DE PERFUSIÓN TISULAR

1. Acidosis láctica (> 1 mmol/L)
2. Disminución del llenado capilar o piel marmórea

Tratamiento

El tratamiento debe ser precoz, multidisciplinario, sistémico, intensivo, invasivo. (17)

El tratamiento de un foco séptico abdominal, debe efectuarse a la brevedad posible, es decir en las primeras 6 horas (14), pues el retraso de tratamiento mayor a 24 horas eleva la mortalidad y morbilidad. Se debe de valorar la intervención por abordaje laparoscópico, endoscópico o abierto, según este indicado, y con base a la experiencia del médico. (1)

Para patologías abdominales complicadas con perforación se recomienda realizar lavado peritoneal y colocación de sondas de drenaje. Se recomienda que en todas las intervenciones se tome cultivo de biopsia de la cavidad para realizar el diagnóstico microbiológico y dirigir la terapia antibiótica.

En caso de que se decida tratamiento antibiótico conservador y no se presente mejoría, está indicado tratamiento quirúrgico con exploración de cavidad. Las heridas quirúrgicas deben revisarse frecuentemente durante el día. Se debe iniciar tratamiento antibiótico de amplio espectro, con base a los esquemas recomendados, monoterapia, terapia combinada, monitoreo continuo multisistémico. (1)

Los esquemas de antibioticoterapia se pueden agrupar así:

1. Prevención de la infección intra abdominal en cirugía electiva de colon y/o anexos con preparación mecánica y la administración oral de agentes antimicrobianos.
2. Terapia antimicrobiana empírica antes de la laparotomía, durante las fases iniciales de dos subtipos de infección abdominal:
3. Tratamiento de la peritonitis secundaria establecida con agentes antimicrobianos intravenosos.

Restauración de la perfusión

La administración de líquidos por vía intravenosa son el primer método utilizado para restaurar la perfusión.

- Solución cristaloides: Se recomienda una solución isotónica de cristaloides (p.ej., solución fisiológica al 0,9%). (1, 19,20,21)

- Albúmina: En el estudio SAFE (*Saline versus Albumin Fluid Evaluation*); los autores concluyeron que la albúmina parece ser segura en la sepsis, pero su uso no tendría ventajas (20). Así que la recomendación actual es utilizar albúmina sólo en pacientes que requieren grandes cantidades de cristaloides y no se recomienda su empleo sólo para corregir la hipoalbuminemia. (20,21) Tampoco se deben de utilizar soluciones glucosadas (como solución glucosalina, dextrosa 5% con electrolitos u otras) para reponer la volemia.
- Se recomienda dar líquidos hasta alcanzar una PVC de 8 mm Hg (10 cm H₂O) o una POAP de 12 a 15 mm Hg; sin embargo, los pacientes con ventilación mecánica pueden requerir niveles más altos de PVC.
- Vasopresores e inotrópicos: se puede administrar noradrenalina o vasopresina (0,03 unidades/min) para aumentar la tensión arterial media a por lo menos 60 mm Hg. Se puede añadir adrenalina si es necesario un segundo medicamento. Sin embargo, la vasoconstricción causada por altas dosis de estas drogas puede causar hipoperfusión orgánica y acidosis. (1,20,21)

Oxígeno de sostén

- Puede administrarse O₂ con mascarilla o con cánulas nasales. Pero pueden ser necesarias la intubación traqueal y la ventilación mecánica por insuficiencia respiratoria.
- En su lugar la GPC recomienda una saturación de oxígeno de sangre venosa (SATVO₂) >70% o saturación de oxígeno de sangre venosa mezclada (SATV mezclada) >65%.
- La GPC de diagnóstico y tratamiento de sepsis grave y choque séptico en el adulto recomienda, que se debe de utilizar una PEEP a partir de 5cm H₂O e ir ajustando de 2-3 cm H₂O cada vez, hasta que se pueda mantener una oxigenación adecuada y no se presenten efectos hemodinámicos adversos. (1,20,21)

Antibióticos

- Administrar antibióticos por vía parenteral en forma inmediata.
- La selección del antibiótico depende de la probable fuente de la sepsis, del cuadro clínico, del conocimiento o la sospecha del microorganismo causal y de los patrones de

sensibilidad comunes a la unidad de internación o institución específica y los resultados de cultivos.

- La GPC dentro de las recomendaciones menciona; el inicio de un tratamiento antimicrobiano empírico en cuanto se tenga una vía permeable útil, dentro de la primera hora de manejo.
- Normalmente se comienza con un antibacteriano de amplio espectro con cobertura contra grampositivos y gramnegativos; los pacientes inmonocomprometidos también deben recibir un medicamento antimicótico empírico. (1,16,20,21)

Control de la fuente

- Las Guías de la *Surviving Sepsis Campaign 2012* recomiendan el control de la fuente de infección dentro de las 12 h del diagnóstico, prefiriendo la técnica menos invasiva posible en pacientes graves. (20,21)
- La vía IV, la sonda urinaria y los tubos endotraqueales deben retirarse si es posible o cambiarse.
- Se deben drenar los abscesos y hacer resección quirúrgica del tejido necrótico y devitalizado.
- Si no se controla la fuente de infección, la condición del paciente continuará deteriorándose a pesar del tratamiento antibiótico.

Otras medidas de apoyo

- La normalización de la glucemia mejora los resultados en pacientes con enfermedad crítica.
- La terapia con corticosteroides puede ser beneficiosa en pacientes que permanecen hipotensos a pesar del tratamiento con líquidos por vía intravenosa, del control de la fuente, del uso de antibióticos y vasopresores.
- Un régimen consiste en hidrocortisona 50 mg IV cada 6 hrs (o 100 mg cada 8 hrs). La recomendación actual es utilizar hidrocortisona endovenosa, en dosis no mayores a 200 mg/día, solo sí el paciente no logra la estabilidad hemodinámica con el uso de fluidos y altas dosis de drogas vasoactivas. (20,21)

- En cuanto la GPC (1) prohíbe el uso de la dexametasona o metilprednisolona para sustituir a la hidrocortisona en el tratamiento de la hipotensión en sepsis grave.
- El tratamiento continuado se basa en la respuesta del paciente.

Pronóstico

Los predictores y escalas pronosticas de gravedad, falla orgánica y sepsis, los más utilizados son APACHE II, SOFA, SAPS II; sin embargo, están elaborados para predecir mortalidad en grupos relacionados por diagnóstico, es decir, poblaciones de pacientes. (1,4,20)

El Mortality Probability Admission Model en su tercera versión (MPM0-III) valora de forma individual a cada paciente con excelente bondad de ajuste de la prueba. Existen escalas específicas para determinar patologías, como el índice de peritonitis de Mannheim con una sensibilidad de 95.9% y especificidad de 80% para predecir mortalidad en 28 días. Pero, por otro lado, se cuentan con factores determinantes de mal pronósticos en pacientes con sepsis abdominal que permiten estimar el fracaso del manejo quirúrgico y el alto riesgo del procedimiento. (1)

5. Metodología

5.1 estrategias de investigación

En el presente estudio se consultaron varias bibliografías para globalizar y generalizar; se ocuparon aproximadamente veinte bibliografías, entre ellas por mencionar algunas: GPC de sepsis versión rápida y completa, artículos de investigación de Scielo, Intramed, Medigraphic, Revistas Mexicanas de cirugía del aparato digestivo, entre otras.

Para la patología se basó en un libro con el título Sepsis de las Bases Moleculares a la Campaña para Incrementar la Supervivencia, con la finalidad de que la fuente fuera más confiable; así mismo se optó en la búsqueda de los últimos avances, o comparativas de artículos, revistas; unificándose criterios.

5.2 Selección del caso y fuentes de información

Se seleccionó a un paciente adulto N.M.J., del servicio de UCI del Hospital General “Dr. Aurelio Valdivieso”, de 55 años de edad, con número de expediente 658390, de la sala #2, quién ingresa el día 25 de marzo del 2019 a esta institución. Presentando el día 05 de abril ayuno, bajo sedación escala RAAS -4, apoyo ventilatorio en modo Asisto-control, con Vte: 446, Peep: 7.7, Vmax: 54, FiO₂: 80%, intubación endotraqueal con tubo #8, pupilas hiporreflecticas, con ictericia, torax con ictericia, campos pulmonares hiporeactivos roncus, con CVC trilumen, fecha de instalación 25/03/2019, sitio quirúrgico con bolsa de Bogotá, ileostomía y dos colostomías (izquierda y derecha)., Genital con presencia de edema, sonda Foley del día 03/03/2019, uresis de concentración amarilla, ligeramente con sedimento, diuresis de 438 ml. También presenta edema generalizado con extravasación.

Se realizó una entrevista de manera indirecta al familiar, con preguntas abiertas y cerradas para clasificar los datos objetivos y subjetivos que fundamenten el presente Proceso de Atención de Enfermería, y al mismo tiempo obtener más información.

5.3 Consideraciones éticas

La información obtenida durante la investigación es anónima, todos los datos se manipularon de manera confidencial para salvaguardar la integridad del participante. Los resultados tienen la finalidad de determinar datos estadísticos que nos ayude a alcanzar los objetivos planteados en este estudio. La información final será entregada únicamente, a quienes crean necesario su verificación. Es importante recordar que un código de ética profesional es un documento que establece en forma clara los principios morales, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional. Esto exige excelencia en los estándares de la práctica, y mantiene una estrecha relación con la ley de ejercicio profesional que determina las normas mínimas aceptadas por ambos para evitar discrepancias.

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.

Unificando estas características más importantes del código de ética, así mismo se ve reflejado en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. En donde la revisión y actualización de esta norma, tiene como propósito establecer con precisión los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, manejo, archivo, conservación, y confidencialidad del expediente clínico, el cual se constituye en una herramienta de uso obligatorio para el personal del área de la salud, de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud.

Los criterios establecidos en esta norma, inciden en la calidad de los registros médicos, así como de los servicios y de sus resultados, toda vez que se requiere de la participación

comprometida de médicos, enfermeras y demás personal del área de la salud, para brindar una atención más oportuna, responsable, eficiente y amable.

En los derechos del paciente, esta norma ratifica la importancia de que la autoridad sanitaria, garantice la libre manifestación de la voluntad del paciente de ser o no atendido a través de procedimientos clínicos o quirúrgicos, para lo cual, el personal de salud debe recabar su consentimiento, previa información y explicación de los riesgos posibles y beneficios esperados.

Un aspecto fundamental en esta norma, es el reconocimiento de la titularidad del paciente sobre los datos que proporciona al personal del área de la salud.

Por lo anterior, por tratarse de documentos elaborados en interés y beneficio del paciente, deberán ser conservados por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.

Dentro del expediente clínico se deberá tomar en cuenta lo siguiente: Los datos personales contenidos en el expediente clínico, que posibiliten la identificación del paciente, en términos de los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, no deberán ser divulgados o dados a conocer.

Cuando se trate de la publicación o divulgación de datos personales contenidos en el expediente clínico, para efectos de literatura médica, docencia, investigación o fotografías, que posibiliten la identificación del paciente, se requerirá la autorización escrita del mismo, en cuyo caso, se adoptarán las medidas necesarias para que éste no pueda ser identificado.

6. Presentación del caso

6.1 Descripción del caso

Se seleccionó a una persona adulto maduro N.M.J., del servicio de UCI del Hospital General “Dr. Aurelio Valdivieso”, de 55 años de edad, con número de expediente 658390, instalado en la unidad #2, quién ingresa el día 24 de marzo del 2019 a esta institución en el servicio de urgencias y al servicio de la UCI el 26 de marzo del presente, niega antecedentes crónicos degenerativos. Padecimiento actual:

Se trata del señor Noe Morales Juárez, de edad aparentemente mayor a la cronológica (55 años), con antecedente de trauma cerrado de tórax y abdomen secundario a accidente automovilístico de tipo choque frontal contra un objeto fijo (árbol) el 4 de marzo de 2019, sin solicitar atención médica inmediata; acude al hospital de Huajuapán el día 8 del mismo mes por presentar dolor, es ingresado y se le realiza el mismo día LAPE con hallazgo de hemoperitoneo de 2500 CC, contusión y laceración de ángulo cólico derecho, traumatismo hepático grado III, trauma biliar del 80%, sección postraumática de cuerpo de páncreas, necrosis y sangrado del mismo, lesión grado III; realizan empaquetamiento, cierre primario de lesión en colon, necrosectomía, lavado de cavidad y drenaje Saratoga. Reintervenido el mismo 08-03-2019 donde se le realiza LAPE + desempaquetamiento hepático, hemicolectomía derecha, ileostomía Hartmann, ligadura de cístico, lavado de cavidad; evolución tórpida (16-03-19) tercer intervención manejo de abdomen abierto con bolsa de Bogotá modificada hallazgos abdomen congelado con múltiples adherencias, hemoperitoneo de 100 ml, acodamiento de asa de intestino delgado, material purulento en hueco pélvico de 500 cc, cierre de colon transversal. 23-03-2019 cuarta intervención realizando ileostomía umbilicada, lavado de cavidad, lisis de adherencias, drenaje Saratoga y traqueostomía.

Ingresa al Hospital General “Dr. Aurelio Valdivieso “ el 24-03-2019 al servicio de urgencias, valorado por cirugía general y UCI

Dx de ingreso: sepsis abdominal/abdomen congelado/manejo de abdomen abierto.

Condiciones de ingreso: paciente masculino con antecedentes de laparotomía de trauma abdominal cerrado y eventos quirúrgicos previos a su ingreso, es trasladado a este hospital para manejo con sistema VAC con el que no se cuenta en el hospital.

Intervenido quirúrgicamente el día 26 de marzo de 2019

Dx pre quirúrgico: Sepsis de origen abdominal/ fistula intestinal

Cx proyectada: Exploración de cavidad abdominal

Dx postquirúrgico: Choque séptico secundario a sepsis de origen abdominal, necrosis pancreática.

Cx realizada: Lavado de cavidad abdominal, necrosectomía pancreática, ligadura de muñón de cístico, colocación de tipo Saratoga subhepático y subfrénico izquierdo y penrose a ambas fosas iliacas, extraídos a contrabertura a flancos, y colocación de bolsa de Bogotá cerrada con Prolene del 1 con súrgete continuo.

Hallazgos: adherencias laxas de asas de delgado, producto de saponificación de grasas en toda la cavidad abdominal, necrosis del cuerpo del páncreas, muñón de conducto cístico con fuga biliar.

En el postquirúrgico inmediato es ingresado a la UCI el 26-03-2019 a las 3:00 hr con traqueostomía, catéter venoso central subclavio derecho trilumen, sonda Foley a derivación apoyado con bolsa ambú y oxígeno por anestesiología saturando a 89% y se conecta a ventilación mecánica asistida.

Diagnóstico de ingreso a la UCI necrosectomía pancreática/lavado de cavidad abdominal/cierre de muñón del conducto cístico/ sepsis abdominal con falla orgánica múltiple

El día 30 de marzo se transfunden 3 paquetes de concentrados eritrocitarios total: 840 ml, 3 plasmas frescos congelados total: 540 ml.

Evolución: (30- 03-2019)

Dx prequirurgico: sepsis de origen abdominal/fistula biliar

Cirugía proyectada: exploración y lavado de cavidad abdominal

Dx posquirúrgico: choque séptico secundario a sepsis de origen abdominal, necrosis pancreática/fistula biliar de origen de origen no identificado.

Cx realizada: lavado de cavidad abdominal, necrosectomía pancreática, colocación de drenajes, colocacion de bolsa de Bogotá.

Hallazgos: liquido de aspecto biliar en cantidad de 400 ml, resto de cuerpo de páncreas necrosado, fuga biliar sin identificación del sitio de origen.

Retiran cánula de traqueostomía y colocan TOT 8.5 para VMA

02-04-2019

INDICACIONES

Infusiones: solución Hartman 250 cc+ 60 mEq kcl para 24 horas + 1 frasco de albumina		
Solución salina 0.9% 500 cc p/4 horas + 80 mEq kcl DU		
Propofol 1 g a 20 ml/hora		
medicamento	Dosis y vía	horario
1.- Omeprazol	40 mg IV	c/24 horas
2.- Enoxaparina	20 mg SC	c/24 horas (pendiente)
3.- Metoclopramida	10 mg IV	c/8 horas
4.- Meropenem	1 g IV	c/8 horas (diluido en 100cc SS p/1 hora
5.- Vancomicina	1 g IV	c/12 horas (diluido en 100cc SS p/4 horas
6.- Buprenorfina	150 mcg IV	c/8 horas
7.- Vitamina C	1 gr IV	c/24 horas
8.- Kabivent	1400 kcal	Para 24 hr+1 frasco de MVI+1 frasco de oligoelementos
9.- Furosemide	10 mg IV	c/8 horas PRN
10.- Samyr	500 mg IV	c/8 horas
11.- Haloperidol	10 mg IV	En bolo DU
12.- Conbivent	1 amp MNB	+ 3cc de sol. Salina DU
13.- Propofol	100 mg IV	Bolo DU
14.- Rocuronio	50 mg IV	Bolo DU

- Laboratoriales:
- GA: pH: 7.50 mmol/L, pCO₂ 39 mmHg, PO₂ 94 mmHg, HCO₃ 30.4 mmol/L, lactato 2.1 mmol/L, SPO₂ 99%

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
Leucos (WBC)	4.71	4.5-10.0
HGB	11 g/dl	11.0-18 g/dl
HCT	33.0 %	35.0-55.0%
PLT	36 10³ /ul	150-450 10 ³ /ul
GLUCOSA	119 mg/dl	65-105 mg/dl
CREATININA	0.3 mg/dl	0.70-1.20 mg/dl
NITROGENO UREICO		
BUM	22 mg/dl	7.0-17.0 mg/dl
UREA	47.08 mg/dl	8-20 mg/dl
ALBUMINA	2.1 g/dl	3.5-5 g/dl
BILIRRUBINA TOTAL	9.90 mg/dl	0.20-1.30 mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA	6.10 mg/dl	0.0-0.30 mg/dl
BILIRRUBINA INDIRECTA	3.8 mg/dl	0.0-1.1 mg/dl
ASPARTATO AMINOTRANSFERASA	106 IU/L	15.0-46 IU/L
ALANINAMINOTRANSFERASA	70.0 IU/L	11.0-66 IU/L
GAMAGLUTAMILTRANSFERASA	96 IU/L	0.0-40.0 IU/L
DESHIDRIGENASA LACTICA	340 U/L	120-246 U/L
AMILASA	245 IU/L	30-110 IU/L
LIPASA	66 U/L	23-300 U/L
SODIO	141 mmol/L	136-146 mmol/L
POTASIO	3 mmol/L	3.5-5.10 mmol/L

COLORO	106 mmol/L	96-108 mmol/L
CALCIO	7.1 mg/dl	8.4-10.2 mg/dl
MAGNESIO	2 mg/dl	1.6-2.3 mg/dl
TTP	44.8 seg.	23-35 seg.
TP	17 seg.	12.5-15.6 seg.
INR	1.4	
FIBRINOGENO	457 mg/dl	200-500 mg/dl
PROTEINA C REACTIVA	22.8 mg/dl	< 1.0 mg/dl
V.D.R.L	NEGATIVO	
VIH	NEGATIVO	
CITOMEGALOVIRUS IGG	82.9	<0.5 no reactivo .5- <1.0 indeterminado >0 = 1.0 reactivo

- Signos vitales 02-04-2019 11:00 hr: T/A:100/65 mmHg, PAM: 79 mmHg, FC: 102 x', FR: 32 x', SPO₂ 95%, Temp: 37.2°C.

El día 05 de abril N.M.J., a 11 días de estancia en UCI, con diagnóstico actualizado de: sepsis de origen abdominal/peritonitis terciaria. Se revaloran nuevamente:

- Signos vitales: T/A:107/63 mmHg, PAM: 79 mmHg, FC: 76 x', FR: 28 x', SPO₂ 97%, Temp: 37.9°C.
- Apoyo de Ventilador en modo Asisto-control, con los siguientes parámetros: Vtidal 417, VE ToT 10.4, Vmax 56 L/m, FTOT 25, I: E 1:2.5, Peep 6, FiO₂ 50%, Pmeak 13, Ppeak 31, Tiop 0.0, f 25 L/m.
- Sonda nasogástrica a derivación con características: amarilla líquida
- Cuenta con catéter venoso central trilumen, instalado el día 16 de marzo de 2019, con fecha de curación cada 72 hrs del día 04 de abril de 2019, y heparinización del 05 de abril del 2019 cada 24 hrs. Total de líquidos en 24 hrs 2118 ml de ingresos.

05-04-2019

- GA: pH: 7.45 mmol/L, pCO₂ 43 mmHg, PO₂ 110 mmHg, HCO₃ 29.9 mmol/L, lactato 2.7 mmol/L, SPO₂ 99%

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
Leucos (WBC)	11.67	4.5-10.0
HGB	9.8 g/dl	11.0-18 g/dl
HCT	30.3 %	35.0-55.0%
PLT	128 10³ /ul	150-450 10 ³ /ul
GLUCOSA	72 mg/dl	65-105 mg/dl
CREATININA	0.40 mg/dl	0.70-1.20 mg/dl
NITROGENO UREICO		
BUM	42.8 mg/dl	7.0-17.0 mg/dl
UREA	2.8 mg/dl	8-20 mg/dl
ALBUMINA	2.7 g/dl	3.5-5 g/dl
BILIRRUBINA TOTAL	13.5 mg/dl	0.20-1.30 mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA	9.3 mg/dl	0.0-0.30 mg/dl
BILIRRUBINA INDIRECTA	4.2 mg/dl	0.0-1.1 mg/dl
ASPARTATO AMINOTRANSFERASA	46 IU/L	15.0-46 IU/L
ALANINAMINOTRANSFERASA	40.0 IU/L	11.0-66 IU/L
GAMAGLUTAMILTRANSFERASA	72 IU/L	0.0-40.0 IU/L
DESHIDRIGENASA LACTICA	557 U/L	120-246 U/L
SODIO	143 mmol/L	136-146 mmol/L
POTASIO	4.3 mmol/L	3.5-5.10 mmol/L
COLORO	104 mmol/L	96-108 mmol/L
CALCIO	7.1 mg/dl	8.4-10.2 mg/dl
MAGNESIO	1.8 mg/dl	1.6-2.3 mg/dl
TTP	59.8 seg.	23-35 seg.

TP	17.8 seg.	12.5-15.6 seg.
FIBRINOGENO	478 mg/dl	200-500 mg/dl
PROTEINA C REACTIVA	46.5 mg/dl	< 1.0 mg/dl

- En ayuno, con ileostomía de 6 ml de características líquida, amarilla; con drenaje penrose derecha 29 ml e izquierda 12 ml en los flancos abdominales; de características amarilla, semi espesas, olor fétido. Abdomen distendido. Herida limpia con bolsa de Bogotá, aparentemente sin datos de infección; se aprecian los intestinos, con coloración roja, sin olor.
- Sonda Foley con fecha de instalación del 19 de marzo de 2019, el día de la valoración; la orina fue de color naranja, con ligera sedimentación, con olor a moho, hora de ultima micción 13:00 p.m.; con una diuresis de 398 ml en las últimas 5 hrs. En la ileostomía 6 ml de características líquida, amarilla; en el drenaje penrose derecha 29 ml e izquierda 12 ml en los flancos abdominales; de características amarilla, semi espesas, olor fétido. Abdomen distendido. Herida limpia con bolsa de Bogotá, aparentemente sin datos de infección; se aprecian los intestinos, con coloración roja, sin olor.
- Piel pálida, con datos de ictericia, con turgencia frágil, edema generalizado y extravasación, deshidratada y descamación en manos y pies.
- Bajo sedación, con 100 cc de propofol 1 gr; con alto riesgo de caídas de 5 puntos. Pupilas hiporreflécticas de 3 mm.

6.2 Antecedentes generales de la persona

Se obtuvieron datos de manera indirecta, proporcionados por el familiar del paciente. Se trata de paciente adulto, el cual refiere crónicos degenerativos de primera línea negados, así como hermanos aparentemente sanos, niega oncológicos, cardiovasculares, trastornos mentales. . Actualmente pérdida de visión hace 4 años, en infancia varicela sin complicaciones, niega quirúrgicos previos, hospitalización, traumatismos, transfusiones sanguíneas, alergias, alcohol desde la adolescencia cada 8 días hasta llegar a la embriaguez, tabaquismo positivo; por 13 años de evolución aproximadamente, con consumo de 3 cigarrillos al día.

Antecedentes personales no patológicos: originario del municipio de San Miguel Tlacotepec, de la región de la Mixteca, Oaxaca. Casado, de oficio agricultor, de religión católica, con nivel de estudios tercer grado de primaria, habita en casa propia, construida de material perdurable, 3 cuartos, contando con todos los servicios, piso de tierra, agua potable, drenaje, luz, habita con mascota (3 guajolotes y 2 perros), en la casa habitan 5 personas en cuartos diferentes; refiere cambio de ropa y baño cada 3 días, exposición a humo de biomasa por 15 años, COMBE (-), niega toxicomanías, asma y cáncer, refiere esquema de vacunación completo para sexo y edad, sin mostrar cartilla. Tuberculosis negada.

Antecedentes personales patológicos: cirugías previas: negadas; HTA negada, diabetes, enfermedades cardiovasculares negadas, niega restos de crónicos degenerativos.

Antecedentes quirúrgicos: negados, transfusiones negadas.

Antecedentes psicosociales:

Hábitos alimenticios: los hábitos de alimentación son inadecuados; consume frutas 3/7, verduras 1/7, lácteos 3/7, carnes 3/7, semillas 2/7, agua 1 litro, menciona que compra un refresco familiar todos los días de 2.5 L, de preferencia Coca-Cola. Café o té: todos los días una – dos tazas, tortillas: 2 tlayudas, un pan diario. Menciona que por lo regular realiza un buen desayuno antes de salir de casa, ya que en ocasiones en la hora de la comida se le complica por el trabajo llegar a comer en el horario familiar.

Antecedentes androgénicos: NPS: desconoce, IVSA: desconoce, ETS: desconoce, hijos: 4 varones, método de planificación familiar desconoce.

Padecimiento actual: en su onceavo día estancia, en esta institución; N.M.J presenta el siguiente diagnóstico: sepsis abdominal/peritonitis terciaria/desnutrición moderada.

Presentando un proceso infeccioso generalizado, con afección de todas sus capacidades físicas, desembocando en una situación de shock. Sepsis abdominal de mal pronóstico, descompensación hemodinámica, signos de síndrome de shock. Se encuentra en la UCI bajo tratamiento médico, con apoyo ventilatorio en modo asisto-control, sedado y cuidados especiales de enfermería.

Síntomas generales: diaforesis, edema generalizado, lesiones por presión en zona coccígea

Interrogatorio por aparatos y sistemas:

Aparato digestivo: en los últimos tres meses presentó diarrea de 2-3 días de evolución, de color amarillo, de olor fétido, de consistencia líquida, con dolor abdominal, vómito, náuseas; en raras ocasiones sufre de distensión abdominal, halitosis. Niega anorexia, tenesmo, prurito anal, nódulos perianales, eructos, hematemesis, melanemesis, hiperperistaltismo, pujo, polifagia.

Aparato respiratorio: refiere disnea de medianos esfuerzos, niega presencia de dolor torácico, rinorragia, rinorrea, tos, hemoptisis, sibilancias.

Aparato cardiovascular: niega dolor precordial, cianosis y ortopnea.

Aparato urinario: micción alrededor de 5 veces por día. Niega polaquiuria, nicturia, disuria, hematuria, úlceras, prurito, masas.

Aparato genital: Niega masas en pene, testículos, alteraciones en implantación del vello púbico, irritación a nivel genital, dolor genital, prurito genital, secreción uretral, tumefacción, sensación de peso.

Aparato endocrino: Actualmente presenta diaforesis. Niega polidipsia y polifagia.

Sistema músculo-esquelético: refiere no presentar anormalidades en la marcha. Niega mialgias, artralgias, crujido articular, distonía, hipertonía muscular, nodulaciones o masas óseas y /o musculares, diástasis, lumbago.

Sistema nervioso: Niega parestesias, irritabilidad, temblor, convulsiones, tics nerviosos, somnolencia, disestesias, alteraciones en el estado de ánimo, convulsiones, lipotimias, desmayos, temblor y expresa tener insomnio en la estancia hospitalaria y a veces en casa.

Sistema neurosensorial:

Nariz: refiere gozar de una buena agudeza olfatoria. Niega epistaxis, rinorrea, rinoliquia, dolor, estornudos, prurito nasal, obstrucción nasal, anosmia, hiposmia, hiperosmia, cacosmia, parosmia, desviación del tabique nasal.

Boca: Niega xerostomía, tialismo, macroglosia, microglosia, glosodinia, aftas, caries en molares permanentes, gingivodinia, gingivorragia, odinofagia, disfagia, dentadura incompleta. Presenta halitosis.

7. Aplicación del Proceso de Enfermería

7.1 Valoración de Virginia Henderson

- Necesidad 1. Respirar normalmente: Paciente con taquipnea, con apoyo ventilatorio, en modo asisto-control; con los siguientes parámetros: Vtidal 417, VE ToT 10.4, Vmax 56 L/m, FTOT 25, I: E 1:2.5, Peep 6, FiO₂ 50%, Pmeak 13, Ppeak 31, Tiop 0.0, f 25 L/m. Los signos vitales alterados: T/A:107/63 mmHg, PAM: 79 mmHg, FC: 76 x', FR: 28 x', SPO₂ 97%, Temp: 37.9°C. Con presencia de esfuerzo respiratorio, uso de músculos accesorios, Hemodinámicamente inestable. Patrón respiratorio con ritmo, frecuencia y simetría; con ruidos respiratorios disminuidos. Estuvo expuesto al humo de biomasa por 15 años, tabaquismo positivo; por 13 años de evolución aproximadamente, con consumo de 3 cigarrillos al día, alcoholismo desde la adolescencia, cada 8 días hasta llegar a la embriaguez. Al aspirarlo las secreciones fueron blanquecinas en TOT y boca.
- Necesidad 2. Nutrición: Peso: 89 Kg, Talla: 1.64 M, IMC: 33.20 Kg/m², la dieta que el consume es inadecuada, en este aspecto menciona no tener problemas para la salud, a veces tiene dificultad para deglutir. Anteriormente tenía la indicación de NPT 1400 Kcal p/24 hrs, la cual la suspenden el día 04 de abril; presenta un catéter venoso central trilumen, instalado el día 16 de marzo de 2019, con fecha de curación cada 72 hrs del día 04 de abril de 2019, y heparinización del 05 de abril del 2019 cada 24 hrs. Total de líquidos en 24 hrs 2118 ml de ingresos. Los medicamentos relacionados con el aparato digestivo son: omeprazol 20 mg c/12 hrs I.V, metoclopramida 10 mg c/8 hrs I.V, Samyr 500 mg I.V. Total de egresos en 24 hrs 4048 ml, balance general 470 ml.

El día 05 de abril de 2019, se le toman nuevamente laboratoriales, reportando lo siguiente: Hb 9.8 gr/dl, HTC 30.3 %, Leucocitos 11.67 10⁹/ul, Neutrófilos 9.43 miles/ul, Plaquetas 128 10⁹/ul, TP 17.8 seg, TPT 59.8 seg, Fibrinógeno 478 mg/dl, Albúmina 2.7 gr/l, Globulina 2.3 g/dl, Bilirrubina total 13.50 mg/dl, Bilirrubina indirecta 4.2 mg/dl, Bilirrubina directa 9.3 mg/dl, AST 46 U/L, ALT 40 U/L, FA 155 U/L, GGT 72 U/L, DHL 557 U/L, CK total 54 U/L, CK MB 12 %, Glucosa 72 mg/dl, Cr 0.40 mg/dl, Urea 2.8 mg/dl, BUN 92.8 g/L, Ácido úrico 5.0 mg/dl, Na 143 mEq/L, K 4.3 mEq/L, Cl 104 mEq/L, Mg 1.8 mEq/L, Ca 7.1 mEq/L, pH 7.45, pCO₂ 43 mmHg, PO₂ 110 mmHg, HCO₃ 29.9 mEq/L, EB 5.3 mEq/L, SPO₂ 99.6 %, FiO₂ 60 %, Temp 37°C, Lactato 2.7 mmol/L, PCR 46.5 g/dl,

PaO₂/FiO₂ 183. A la exploración presenta: encías pálidas, lengua saburral, piezas dentarias completas, imposibilidad de masticación, labios íntegros, reseca, de coloración rosa pálido, con lesión en labio superior, parte media; por la fijación de la cánula orotraqueal. Piel con ictericia generalizada, con turgencia frágil, edema generalizado (anasarca) y extravasación en miembros superiores, deshidratada y descamación en manos y pies. paciente en estatus de abdomen abierto con bolsa de Bogotá; se observan asas intestinales de coloración rosa pálido, cubiertas de material de apariencia biliar, sin olor; con el siguiente tratamiento médico: 250 cc Hartman+60 mEq KCl p/24 hrs, 150 cc NaCl+150 mg midazolam, 100 cc NaCl +8 mg norepinefrina, 100 cc propofol 1 gr, enoxaparina 2^o mg c/24 hrs S.C, meropenem 1gr c/8 hrs I.V, vancomicina 1gr c/12 hrs I.V, buprenorfina 300 mcg c/8 hrs I.V, furosemide 10 mg c/8 hrs I.V, haloperidol 5 mg c/8 hrs I.V, glucosa 50% 50 cc I.V. Con disminución de peristaltismo y dolor en el sitio quirúrgico.

Según referencias del familiar los hábitos de alimentación son inadecuados; consume frutas 3/7, verduras 1/7, lácteos 3/7, carnes 3/7, semillas 2/7, agua 1 litro, menciona que compra un refresco familiar todos los días de 2.5 L, de preferencia Coca-Cola. Café o té: todos los días una – dos tazas, tortillas: 2 tlayudas, un pan diario. Menciona que por lo regular realiza un buen desayuno antes de salir de casa, ya que en ocasiones en la hora de la comida se le complica por el trabajo llegar a comer en el horario familiar y simplemente llega a cenar.

- Necesidad 3. Eliminación: El día de valoración de N.M.J, presenta sonda Foley con fecha de instalación del 19 de marzo de 2019, el día de la valoración; la orina fue de color naranja, con ligera sedimentación, con olor a moho, hora de última micción 13:00 p.m.; con una diuresis de 398 ml en las últimas 5 hrs. En la ileostomía 6 ml de características líquida, amarilla; en el drenaje penrose derecha 29 ml e izquierda 12 ml en los flancos abdominales; de características amarilla, semi espesas, olor fétido. Los tres drenajes con manejo en bolsas de colostomía. Abdomen distendido. Sitio quirúrgico con bolsa de Bogotá, aparentemente; se aprecian los intestinos, con coloración rosa pálido, y cubiertos de material de apariencia biliar, con fuga de dicho material en la parte inferior, llegando a humedecer pliegue púbico-inguinal, sin olor.

- Necesidad 4. Moverse y mantener buena postura: El usuario se mantiene postrado en su unidad, bajo sedación de 100 cc propofol 1gr. Valoración de escala RAAS de -5 puntos.
- Necesidad 5. Dormir y descansar: no valorable bajo sedación.
- Necesidad 6. Vestirse/arreglo personal: no valorable.
- Necesidad 7. Mantener la temperatura corporal: Para el control de la temperatura es de forma axilar, presenta pico febril, brindándole medios físicos. Deshidratación positiva, con diaforesis.
- Necesidad 8. Mantener la higiene corporal: La higiene bucal se realiza por turno, durante la aspiración de secreciones. Actualmente por el diagnóstico que presenta se le brinda baño de esponja previamente valorando su estado, posteriormente se hidrata la piel con vaselina. Pies resecos, descamación, deshidratación y onicomicosis en algunos dedos, con crecimiento de uñas de 0.5 mm.
- Necesidad 9. Evitar los peligros ambientales y lesionar personas: Es un paciente bajo sedación, con 100 cc de propofol 1 gr; con alto riesgo de caídas de 5 puntos. Pupilas hiporreflécticas de 3 mm. Cama con barandales en alto, por alto riesgo de caídas.
- Necesidad 10. Comunicarse con los demás expresando emociones: no valorable.
- Necesidad 11. Vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores: De religión católica.
- Necesidad 12. Ocupación para autorrealizarse: de acuerdo a las fuentes de información de escolaridad tercer grado de primaria, independiente, de ocupación agricultor, pocas veces ayuda en tareas en casa.
- Necesidad 13. Participar en actividades recreativas: No realiza ningún tipo de ejercicio.
- Necesidad 14. De aprender, describir o satisfacer la curiosidad: No valorable.

Diagnóstico actual: sepsis abdominal

Datos objetivos	Datos subjetivos
<ul style="list-style-type: none">• Sedación (RASS -5)• Apoyo VMA: VT417, I:E 1:2.5, PEEP 6, FiO2 50%.• Pupilas isocóricas hiporreflejas• Ictericia escleral• TOT #8• Encías pálidas• Lesión en labio inferior• Secreciones en boca blanquesinas• Esfuerzo respiratorio• Catéter venoso central subclavio derecho• Sonda nasogástrica a derivación• Signos Vitales: temp: 37.9°C, FR 28X', TA 107/63 mmHg, PAM (79 mmHg), FC 76 lpm, SPO2 92-97%• Ayuno• Anasarca• Status de abdomen abierto con bolsa de Bogotá• Peristalsis disminuida• Sepsis abdominal• Ileostomía• Drenajes de Saratoga• Peso: 89 kg. Talla: 1.64, IMC: 33.20 kg/m² <p>(resultados alterados del 2 abril)</p> <ul style="list-style-type: none">• sonda Foley	<ul style="list-style-type: none">• Sedentarismo• Dolor abdominal• preocupación

<ul style="list-style-type: none"> • orina de color naranja, ligera sedimentación • ictericia generalizada • deshidratación • diaforesis • signos de shock • descamación de manos y pies • UPP en zona occipital y escapular • onicomycosis 	
---	--

7.1.1 Valoración focalizada

- Necesidad 1. Respirar normalmente: Paciente con taquipnea, con apoyo ventilatorio, en modo asisto-control; con los siguientes parámetros: Vtidal 417, VE ToT 10.4, Vmax 56 L/m, I: E 1:2.5, Peep 6, FiO₂ 50%. Los signos vitales alterados: FR:28 x', Temp: 37.9°C. Con presencia de esfuerzo respiratorio, Hemodinámicamente inestable. Patrón respiratorio con ritmo, frecuencia y simetría; con ruidos respiratorios disminuidos. Exposición al humo de biomasa por 15 años, tabaquismo positivo; por 13 años de evolución aproximadamente, con consumo de 3 cigarrillos al día, alcoholismo desde la adolescencia, cada 8 días hasta llegar a la embriaguez. Al aspirarlo las secreciones fueron blanquecinas en TOT y boca.
- Necesidad 2. Nutrición: Peso: 89 Kg, Talla: 1.64 M, IMC: 33.20 Kg/m². Tiene un catéter venoso central trilumen, instalado el día 16 de marzo de 2019, con fecha de curación cada 72 hrs del día 04 de abril de 2019, y heparinización del 05 de abril del 2019 cada 24 hrs. Total de líquidos en 24 hrs 2118 ml de ingresos. Los medicamentos relacionados con el aparato digestivo son: solución Hartman+ 60 meq KCl+1 fco albúmina p /24 hrs, 500 cc glucosa al 10% p/8 hrs, omeprazol 20 mg c/12 hrs I.V, metoclopramida 10 mg c/8 hrs I.V, Samyr 500 mg I.V. Total de egresos en 24 hrs 4048 ml, balance general 470 ml.

El día 05 de abril de 2019, se le toman nuevamente laboratoriales, reportando lo siguiente: Hb 9.8 gr/dl, HTC 30.3 %, Leucocitos 11.67 10⁹/ul, Neutrófilos 9.43 miles/ul, Plaquetas 128 10⁹/ul, TP 17.8 seg, TPT 59.8 seg, Fibrinógeno 478 mg/dl, Bilirrubina total

13.50 mg/dl, Bilirrubina indirecta 4.2 mg/dl, Bilirrubina directa 9.3 mg/dl, AST 46 U/L, ALT 40 U/L, FA 155 U/L, GGT 72 U/L, DHL 557 U/L, Glucosa 72 mg/dl, Cr 0.40 mg/dl, Urea 2.8 mg/dl, BUN 92.8 g/L, Ácido úrico 5.0 mg/dl, pCO₂ 43 mmHg, PO₂ 110 mmHg, HCO₃ 29.9 mEq/L, EB 5.3 mEq/L, FiO₂ 60 %, Lactato 2.7 mmol/L, PCR 46.5 g/dl, PaO₂/FiO₂ 183. A la exploración presenta: encías pálidas, lengua saburral, imposibilidad de masticación, labios íntegros, resecos, de coloración rosa pálido, con lesión en labio superior, parte media. En abdomen, por sitio quirúrgico posee una bolsa de Bogotá en abdomen. Piel pálida, con datos de ictericia, con turgencia frágil, edema generalizado y extravasación, deshidratada y descamación en manos y pies. Refiere dolor abdominal en el sitio quirúrgico, en el cual presenta una bolsa de Bogotá, del 03 de marzo de 2019, aparentemente sin datos de infección; se aprecian los intestinos, con coloración roja, sin olor. Con disminución de peristaltismo y dolor en el sitio quirúrgico.

- Necesidad 3. Eliminación: Presenta sonda Foley, el día de la valoración; la orina fue de color naranja, con ligera sedimentación y olor a moho. En la ileostomía 6 ml de características líquida, amarilla; en el drenaje penrose derecha 29 ml e izquierda 12 ml de características amarilla, semi espesas, olor fétido. Abdomen distendido. Herida limpia con bolsa de Bogotá, aparentemente sin datos de infección; se aprecian los intestinos, con coloración roja, sin olor.
- Necesidad 4. Moverse y mantener buena postura: El usuario está bajo sedación con 100 cc propofol 1gr. Valoración de escala RAAS de -4 puntos.
- Necesidad 7. Mantener la temperatura corporal: Presenta fiebre. Deshidratación positiva, con diaforesis.
- Necesidad 8. Mantener la higiene corporal: La higiene dental la realiza dos veces al día. Pies resecos, descamación, deshidratación y onicomicosis en algunos dedos, baño de esponja y lubricación de piel.
- Necesidad 9. Evitar los peligros ambientales y lesionar personas: Es un paciente bajo sedación, con 100 cc de propofol 1 gr; con alto riesgo de caídas de 5 puntos. Pupilas hiporreflécticas de 3 mm.

7.1.2 Análisis de estudios de laboratorio y gabinete

La realización de estudios de laboratorio, tiene como propósito ofrecer al médico resultados confiables, con el fin de prevenir, detectar o diagnosticar alguna enfermedad de manera oportuna. Los estudios de laboratorio del día 05 de abril de N.M.J., fueron:

Hb 9.8 gr/dl, HTC 30.3 %, Leucocitos 11.67 10⁹/ul, Neutrófilos 9.43 miles/ul, Plaquetas 128 10⁹/ul, TP 17.8 seg, TPT 59.8 seg, Fibrinógeno 478 mg/dl, Albúmina 2.7 gr/l, Globulina 2.3 g/dl, Bilirrubina total 13.50 mg/dl, Bilirrubina indirecta 4.2 mg/dl, Bilirrubina directa 9.3 mg/dl, AST 46 U/L, ALT 40 U/L, FA 155 U/L, GGT 72 U/L, DHL 557 U/L, CK total 54 U/L, CK MB 12 %, Glucosa 72 mg/dl, Cr 0.40 mg/dl, Urea 2.8 mg/dl, BUN 92.8 g/L, Ácido úrico 5.0 mg/dl, Na 143 mEq/L, K 4.3 mEq/L, Cl 104 mEq/L, Mg 1.8 mEq/L, Ca 7.1 mEq/L, pH 7.45, pCO₂ 43 mmHg, PO₂ 110 mmHg, HCO₃ 29.9 mEq/L, EB 5.3 mEq/L, SPO₂ 99.6 %, FiO₂ 60 %, Temp 37°C, Lactato 2.7 mmol/L, PCR 46.5 g/dl, PaO₂/FiO₂ 183.

7.1.3 Jerarquización de problemas

- Sepsis abdominal
- Apoyo ventilatorio
- Ruidos respiratorios
- Signos de shock
- Signos vitales y laboratoriales
- Fiebre
- Dolor en sitio quirúrgico
- Diuresis
- Drenajes (ileostomía, penrose der-izq)
- Deshidratación
- Ayuno
- Sitio quirúrgico
- Ictericia

7.2 Diagnósticos de Enfermería

- Patrón respiratorio ineficaz r/c presencia de secreciones traqueales m/p estertores, disociación paciente-ventilador.
- Aumento de la temperatura corporal r/c sepsis m/p diaforesis
- Deterioro de la integridad cutánea r/c fuga a través de la bolsa de Bogotá m/p eritema e irritación cutánea.
- Deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilidad física m/p, destrucción de las capas de la piel en región occipital 1 de 3x3 cm y 2 de 1x1 cm escapular
- Deterioro muscular r/c el tiempo prolongado en cama m/p atrofia muscular en extremidades.

7.3 Plan de cuidados

PLAN DE CUIDADOS					
NECESIDAD ALTERADA	1. Respirar normalmente	FUENTE DE DIFICULTAD	<u>FUERZA</u>	VOLUNTAD	CONOCIMIENTO
GRADO DE DEPENDENCIA	Dependiente	ROL DE ENFERMERIA	SUSTITUTA	COMPAÑERA	EDUCADORA
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	Patrón respiratorio ineficaz r/c presencia de secreciones traqueales m/p estertores, disociación paciente-ventilador.				
OBJETIVO DE ENFERMERIA	Mantener la permeabilidad de las vías respiratorias y prevenir infecciones.				
OBJETIVO DE LA PERSONA	Favorecer la ventilación respiratoria				
INTERVENCION	FUNDAMENTACIÓN		EVIDENCIA		
Aspiración de secreciones con técnica estéril y medición del neumatapomamiento	La GPC prevención, dx y tx de la neumonía asociada a VM, recomienda realizar la aspiración de secreciones de orofaringe cada 4 hrs, antes del cambio de posición; favorece el intercambio gaseoso pulmonar y evita neumonías. Se realiza medición de neumatapomamiento sin rebasar 25 mmHg.		GPC. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-624-13.		
Posición semifowler	Todos los pacientes deben mantenerse en posición semisentada entre 30 y 45°, para prevenir la aspiración, especialmente cuando reciben alimentación enteral. El grado de elevación debe ser medido cada 8 hrs.		GPC. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-624-13. GPC. Diagnóstico y tratamiento de sepsis grave y choque séptico en el adulto. Catálogo maestro de GPC:IMSS-084-08.		
Higiene bucal	El cuidado de la cavidad oral con agentes antisépticos disminuye la incidencia de NAVM en pacientes con AMV. La higiene de cavidad oral debe efectuarse al menos cada 12 hrs.		GPC. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-624-13.		
Monitorización de funciones vitales	Importante valorar las condiciones del paciente, ya que la aspiración debe suspenderse para administrar oxígeno a través de la respiración asistida. Se recomienda el monitoreo continuo de FR, PAM, P/A, FC, Temp, Así como una PAM >65 mmHg.		GPC. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-624-13. Kozier B, et. al.; Enfermería Fundamental, Concepto, Procesos y Práctica; 9ª Edición; México; Ed. Mc. Graw. Hill.Interamericana, 1411,2013. GPC. Diagnóstico y tratamiento de sepsis grave y choque séptico en el adulto. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-084-08.		
Mantener sedación (RASS -4, -5)	Evaluar diariamente la sedación y evitar la sedación profunda con agentes que paralizan la musculatura respiratoria.		GPC. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-624-13.		
Masaje vibratorio	En pacientes encamados se deben drenar las vías respiratorias dado que el acúmulo de secreciones aun no teniendo ninguna patología respiratoria será abundante (por el inmovilismo y la poca expectoración) y también movilizar las vías respiratorias para evitar obstrucciones.		GPC. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-624-13.		

<p>Medicamentos (propofol y buprenorfina)</p>	<p>Valorar de acuerdo a evolución (8-10 días) y por efectos adversos.</p> <p>La administración prolongada de midazolam, resulta en la acumulación del fármaco y del metabolito activo (alfa-hidroxiimidazolam), especialmente en pacientes obesos, con una baja concentración de albumina o insuficiencia renal.</p> <p>Existe evidencia y se recomiendan midazolam, propofol o lorazepam como sedantes de elección en pacientes con VM que requieren un nivel de sedación profundo RASS -4 a -5.</p> <p>Buprenorfina opioide semisintético potente que actúa sobre el SNC</p>	<p>GPC. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-624-13.</p> <p>Kimiko. Analgesia y sedación en unidad de cuidados intensivos. Rev.Bras. Anesthesiol. vol.60 no.6 Campinas Nov./Dec. 2010. From the: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942010000600012.</p> <p>GPC basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo. Med Intensiva. 2013;37(8):519-574</p>
<p>Micronebulizaciones con .5 ml Salbutamol + 3 cc de NaCl .09%</p>	<p>La dosis recomendada de agonistas β-2 es de 0,5 a 1 mg de salbutamol, de 1 a 5 mg de terbutalina y de 0,25 a 0,5 mg de bromuro de ipratropio, cada 4-6 horas. En pacientes comatosos, podemos pautar salbutamol intravenoso, a dosis de 1-10 μg/minuto (disolución 2,5-250 mg/ml a un ritmo de goteo de 6-60 ml/hora). Si se utiliza nebulizador y el paciente presenta hipercapnia o acidosis, debemos utilizar para la administración aire comprimido; si en este caso el enfermo precisa oxigenoterapia, esta se administrará de forma simultánea por cánula nasa</p>	<p>Pérez, Rodríguez., Fernández. 2006. EPOC. Tratamiento de las exacerbaciones. Manual de diagnóstico.</p>
<p>EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA</p>	<p>A la persona N.M.J, se valoran signos vitales antes y después de la aspiración de secreciones, los cuáles se encontraban dentro de los parámetros normales, permitiendo una adecuada saturación entre cada aspiración. De esta manera le ayudamos a mantener los signos vitales en parámetros aceptables, retirar secreciones traqueales y bucales que favorecen el riesgo de infecciones y a mantener la ventilación mecánica en parámetros establecidos, favoreciendo con estas acciones en un 60% la patología del paciente.</p>	

PLAN DE CUIDADOS

NECESIDAD ALTERADA	7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.	FUENTE DE DIFICULTAD	FUERZA	<u>VOLUNTAD</u>	CONOCIMIENTO
GRADO DE DEPENDENCIA	Dependiente	ROL DE ENFERMERIA	<u>SUSTITUTA</u>	COMPAÑERA	<u>EDUCADORA</u>
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	Aumento de la temperatura corporal r/c sepsis m/p diaforesis				
OBJETIVO DE ENFERMERIA	Evaluar el estado de termorregulación, determinar criterios para el tratamiento y establecer antipiréticos para el manejo del paciente con fiebre.				
OBJETIVO DE LA PERSONA	Minimizar la hipertermia.				
INTERVENCION	FUNDAMENTACIÓN		EVIDENCIA		
Valoración de la temperatura cada hora.	La valoración de la temperatura corporal constantemente, indicará si la terapéutica empleada para el control de la fiebre está funcionando.		Sánchez, Rodríguez. 2016. Fiebre en la unidad de cuidados intensivos. AN Med (Méx); 61(1):33-38.		
Proporcionar medios físicos y químicos	<p>En pacientes sedados con VM, el uso de antipiréticos o medios físicos prueban la misma efectividad para reducir la temperatura interna.</p> <p>En pacientes con sepsis grave o choque séptico con temperatura $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ se recomienda tratamiento con medios físicos y en caso de que la fiebre no ceda, se sugiere la administración de antipiréticos.</p>		<p>Cabrera M. 2017. Método físico para la regulación de la temperatura corporal. Rev Cubana Enfermer (13) 2 Ciudad de la Habana jul.-dic.</p> <p>González, Carrillo, Márquez, García. 2017. Actualidades en el tratamiento de la fiebre en el paciente con sepsis y choque séptico: controversias y recomendaciones basadas en evidencia. Med Int Méx. (33)1: 99-108.</p>		
Control de líquidos (pérdida de líquidos)	Se puede producir deshidratación debido a la pérdida de líquidos por diaforesis y ventilación aumentada.		Moreno, Mora. Trastornos de la regulación de la temperatura.		
Hemocultivo dentro de las primeras 24 hrs de la aparición de la fiebre.	Obtener de tres a cuatro hemocultivos dentro de las primeras 24 horas de la aparición de la fiebre. Se deben obtener 20-30 ml de sangre en un solo tiempo por cultivo. Los hemocultivos deben ser claramente etiquetados con la hora exacta, la fecha, el sitio de donde se extrae la sangre y los antibióticos utilizados		González, Carrillo, Márquez, García. 2017. Actualidades en el tratamiento de la fiebre en el paciente con sepsis y choque séptico: controversias y recomendaciones basadas en evidencia. Med Int Méx. (33)1: 99-108.		
Cambio de sábanas	El cambio de sabanas frecuente evita la acumulación de humedad y la aparición de UPP.		Cabrera M. 2017. Método físico para la regulación de la temperatura corporal. Rev Cubana Enfermer (13) 2 Ciudad de la Habana jul.-dic.		
EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA	Al paciente se le administraron medidas físicas por fiebre de 37.9°C , se evitó el uso de antipiréticos por el estado patológico del paciente (falla orgánica). A pesar de que lo mantuvimos con medios físicos la temperatura disminuyo a 36.8°C -				

PLAN DE CUIDADOS

NECESIDAD ALTERADA	9. Evitar peligros y lesionar personas	FUENTE DE DIFICULTAD	FUERZA	<u>VOLUNTAD</u>	<u>CONOCIMIENTO</u>
GRADO DE DEPENDENCIA	Dependiente	ROL DE ENFERMERIA	SUSTITUTA	COMPAÑERA	<u>EDUCADORA</u>
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	Deterioro de la integridad cutánea y r/c fuga a través de la bolsa de Bogotá m/p eritema e irritación en pliegue pélvico e inguinal.				
OBJETIVO DE ENFERMERIA	Reducir la exposición a líquidos intraperitoneales con la piel, para mejorar la integridad cutánea				
OBJETIVO DE LA PERSONA	Reducir el riesgo de lesiones cutáneas por mal manejo de secreciones intraperitoneales				
INTERVENCION	FUNDAMENTACIÓN			EVIDENCIA	
Cuidados y manejo de la bolsa de Bogotá	Limpieza con técnica estéril utilizando solución salina normal (0,9%) y una técnica de desbridamiento pasivo, utilizando gasas vaselinadas, aumentando con ello la frecuencia de las curaciones.			Castro, Ruviano. 2011. Experiencia en el cuidado de enfermería: herida de abdomen abierto en el adulto. av.enferm., XXIX (2): 319-330, 2011	
Inspección de la piel	Inspeccionar diariamente de manera sistémica, para detectar la presencia de sequedad, excoriaciones, eritemas o maceraciones.			GPC. Prevención y tratamiento de úlceras por presión a nivel hospitalario. Catálogo maestro de GPC: IMSS-105-08	
Protección de la piel	Mantener la piel libre de humedad para evitar laceraciones			GPC. Prevención y tratamiento de úlceras por presión a nivel hospitalario. Catálogo maestro de GPC: IMSS-105-08	
Aislar la piel con compresas estériles secas	Un ambiente libre de humedad evita la proliferación bacteriana y evita lesiones en la piel.			GPC. Prevención y tratamiento de úlceras por presión a nivel hospitalario. Catálogo maestro de GPC: IMSS-105-08	
EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA	En sus días estancias, todos los días se valoraba el sitio quirúrgico; así como el gasto de la ileostomía, de drenajes, y cuidado de la bolsa de Bogotá, cambio de apósitos; para mantener la piel libre de humedad.				

PLAN DE CUIDADOS

NECESIDAD ALTERADA	4. Moverse y mantener buena postura	FUENTE DE DIFICULTAD	FUERZA	<u>VOLUNTAD</u>	CONOCIMIENTO
GRADO DE DEPENDENCIA	Dependiente	ROL DE ENFERMERIA	<u>SUSTITUTA</u>	COMPAÑERA	EDUCADORA
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	Deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilidad física M/P, destrucción de las capas de la piel en región occipital 1 de 3x3 cm y 2 de 1x1 cm escapular				
OBJETIVO DE ENFERMERIA	Reducir el riesgo de aumentar el tamaño de las UPP y la aparición de nuevas lesiones				
OBJETIVO DE LA PERSONA	Mejorar la integridad de la piel, para esta cumpla su función adecuada como barrera protectora antimicrobiana				
INTERVENCION	FUNDAMENTACIÓN			EVIDENCIA	
Valoración úlceras por presión mediante la escala de Braden.	La inmovilidad puede afectar a todos los órganos y sistemas corporales. Los problemas físicos debidos a la inmovilización pueden afectar incluso, a los sistemas corporales que estaban sanos antes del período de inactividad			GPC. Prevención y tratamiento de úlceras por presión a nivel hospitalario. Catálogo maestro de GPC: IMSS-105-08	
Movilización frecuente cada 2 horas con el uso de dispositivos	Se deben de realizar cambios posturales cada 2-3 horas siguiendo una rotación determinada; haciendo uso de cojines o cuñas de espuma para eliminar la presión. De acuerdo a GPC. Prevención y tratamiento de úlceras por presión a nivel hospitalario			GPC. Prevención y tratamiento de úlceras por presión a nivel hospitalario. Catálogo maestro de GPC: IMSS-105-08 Cáceres., Gómez., rodríguez.,2009. Información científica. Programa de fisioterapia.(3)1;8-18	
Lubricación de la piel.	Totalmente evidenciado; la sequedad de la piel es un factor de riesgo para desarrollar lesiones por presión. Por ello se recomienda aplicar cremas hidratantes sí el paciente tiene la piel seca.			Indicadores de calidad en el paciente crítico. Actualización 2017. GPC. Prevención y tratamiento de úlceras por presión a nivel hospitalario. Catálogo maestro de GPC: IMSS-105-08	
Cambio de ropa de cama	El cambio de sábanas frecuente evita la acumulación de humedad, el mantener libre de pliegues promueve la integridad cutánea.			GPC. Prevención y tratamiento de úlceras por presión a nivel hospitalario. Catálogo maestro de GPC: IMSS-105-08	
Aplicación de Extra thin (apósito duo derm) en ambas con protección de hipafix en ambas.	GPC recomienda la protección de la piel con productos de barrera.			GPC. Prevención y tratamiento de úlceras por presión a nivel hospitalario. Catálogo maestro de GPC: IMSS-105-08	
EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA	En sus días estancias del paciente elegido, los manejos de dichas intervenciones mejoraron las condiciones cutáneas en un 30%, y previnieron la aparición de nuevas UPP a pesar del diagnóstico del paciente.				

PLAN DE CUIDADOS

NECESIDAD ALTERADA	4.Moverse y mantener buena postura	FUENTE DE DIFICULTAD	FUERZA	<u>VOLUNTAD</u>	CONOCIMIENTO
GRADO DE DEPENDENCIA	Dependiente	ROL DE ENFERMERIA	<u>SUSTITUTA</u>	COMPAÑERA	EDUCADORA
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	Deterioro muscular r/c el tiempo prolongado en cama m/p falta de movilidad en extremidades.				
OBJETIVO DE ENFERMERIA	Prevenir la aparición de complicaciones propias de un déficit de movilidad debido a la situación de reposo prolongado.				
OBJETIVO DE LA PERSONA	Mejorar la integridad de la piel, para esta cumpla su función adecuada como barrera protectora antimicrobiana				
INTERVENCION	FUNDAMENTACIÓN			EVIDENCIA	
Cambio de posición	GPC para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo, la inmovilidad puede afectar a todos los órganos y sistemas corporales. Los problemas físicos debidos a la inmovilización pueden afectar incluso, a los sistemas corporales que estaban sanos antes del período de inactividad			GPC basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo. Med Intensiva. 2013;37(8):519-574	
Terapia de ejercicio: control muscular	Se deben de realizar cambios posturales cada 2-3 horas siguiendo una rotación determinada; haciendo uso de cojines o cuñas de espuma para eliminar la presión. De acuerdo a GPC. Prevención y tratamiento de úlceras por presión a nivel hospitalario			GPC. Prevención y tratamiento de úlceras por presión a nivel hospitalario. Catálogo maestro de GPC: IMSS-105-08 Cáceres., Gómez., Rodríguez.,2009. Información científica. Programa de fisioterapia.(3)1;8-18	
Medidas antitrombóticas.	La aplicación de medias elásticas en los miembros inferiores ayuda a prevenir la Trombosis Venosa Profunda (TVP).			Indicadores de calidad en el paciente crítico. Actualización 2017.	
Vigilancia del llenado capilar	Se utiliza para vigilar la deshidratación y la cantidad de flujo sanguíneo al tejido. Sin embargo, el tiempo de llenado capilar puede ser afectado por la temperatura corporal, posición, trastornos médicos preexistentes, y medicamentos del paciente.			Indicadores de calidad en el paciente crítico. Actualización 2017.	
EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA	En sus días estancias del paciente elegido, los manejos de dichas intervenciones mejoraron las condiciones cutáneas en un 30%, y previnieron la aparición de nuevas UPP a pesar del diagnóstico del paciente.				

7.4 Evaluación del proceso

En la elaboración del Proceso de Enfermería, el familiar en todo momento se mostró colaborador, facilitando la recolección de datos, elaboración de los diagnósticos de enfermería, la planificación y ejecución del tratamiento de enfermería, en base a la priorización de los problemas observados.

Durante la estancia hospitalaria se mantuvo el catéter venoso central permeable, limpió no se observó presencia de flebitis o algún dato de infección. Además, todos los cuidados brindados, se realizaron bajo supervisión, con técnica estéril y barreras de protección; desde el baño de esponja, curación de CVC, aspiración de secreciones, ministración de medicamentos, así como el vendaje de miembros inferiores.

Era una situación difícil por el tipo de paciente con el que se trabajó, para poder brindar los cuidados y ayudarlo a mantenerse estable; durante los días estancias y con el tiempo que se trabajó permaneció tranquilo, aun sabiendo la situación; hasta el momento de su referencia.

Los valores de sus signos vitales, estuvieron en parámetros normales, se valoraba continuamente, el apoyo ventilatorio, laboratoriales, diuresis y escalas de valoración; y sobre todo gracias al plan de medicamentos que se mantuvo, para su bienestar.

Al finalizar la valoración de Virginia Henderson, se observó y valoro la herida quirúrgica la cual era limpia y sin presencia de datos de infección.

Su cuidador primario; manifestó tener dudas acerca de la enfermedad, habiendo hincapié en duelo y cuidados paliativos; así como sus sentimientos. El usuario al final estuvo agradecido por el tiempo y paciencia que se le brindó al responder sus dudas; manifestando que se sentía preparado para lo que seguía, que se encontraba tranquilo con su padre y agradecido.

8. Plan de referencia

Núm.	Intervención
1	Solución Hartmann 1000 ml I.V p/24 hrs PVP
2	Baño de esponja
3	Mantener a 25 mmHg la presión de TOT
4	Valoración de signos vitales, énfasis en la temperatura
5	Posición semifowler
6	Cambios posturales cada 2 hrs
7	Valoración de la piel
8	Cuidados de las UPP
9	Aspiración de secreciones
10	Valoración y curación de la ileostomía y del drenaje penrose
11	Mantener los opioides
12	Lubricar piel

9. Conclusiones

El proceso de atención enfermería (PAE) fue de vital importancia y de mucha ayuda para poder aplicar de manera correcta los cuidados que el paciente requirió, se consideraron sus generalidades, así como las sugerencias respecto a las diferentes etapas en las que el PAE se divide. Para llevar a cabo su valoración se acudió con el familiar para obtener más datos y con la ayuda del expediente. Después con la identificación de datos relevantes; se confrontó con la literatura y sí se formularon los diagnósticos de enfermería.

De acuerdo al modelo de Virginia Henderson se proporcionaron cuidados para satisfacer las necesidades de la persona como un ser biopsicosocial, que por el nivel de dependencia no las podía realizar por sí mismo.

La eficacia de las intervenciones fue de un 60%, las funciones vitales de la persona se encontraban desde su ingreso en menos del 40% progresando a falla orgánica múltiple, haciendo muy complejo su manejo, sin embargo, se realizaron y se dispusieron de todos los medios materiales y humanos disponibles en la institución para brindarle la mejor atención. Por máximo beneficio se realiza contrarreferencia a unidad de origen, realizándose el traslado hasta el día 10-04-2019.

10. Sugerencias

- Los abscesos intraabdominales son múltiples en el 15-30% aproximadamente. En este sentido, la relaparotomía está indicada cuando hay signos de irritación peritoneal, progresión de falla orgánica múltiple sin causa que lo explique, dehiscencia de las suturas con eliminación de líquido purulento y aire libre en las radiografías.
- Las dos estrategias que se recomiendan son: la relaparotomía planeada o reparo abdominal por etapas, que consiste en realizar lavados diarios de la cavidad peritoneal hasta obtener la esterilización de la misma, dejando los órganos abdominales cubiertos por una prótesis y, la relaparotomía a demanda, la cual implica realizar un primer procedimiento, intentando cerrar la pared abdominal si fuera posible, y evaluando clínicamente para futuras reexploraciones.
- Realizar una detección sistémica de rutina de pacientes gravemente enfermos y posiblemente infectados en busca de sepsis grave para aumentar la identificación precoz de sepsis y permitir la implementación del tratamiento temprano de sepsis.
- Obtener cultivos apropiados antes de que se inicie el tratamiento antibiótico si tales cultivos no causan un retraso importante (> 45 minutos) en el comienzo de la administración antibiótica.
- Se sugiere que la descontaminación oral selectiva (SOD) y la descontaminación digestiva selectiva (SDD) deben presentarse e investigarse como métodos para reducir la incidencia de neumonía asociada al respirador (VAP); esta medida de control de infección puede establecerse en entornos de asistencia sanitaria y en regiones donde esta metodología resulte ser efectiva.
- El uso de gluconato de clorhexidina oral (CHG) como forma de descontaminación orofaríngea para reducir el riesgo de VAP en pacientes de UCI con sepsis grave.
- No utilizar dopamina de baja dosis para protección renal.
- Acudir a urgencias en caso de fiebre mayor de 38°C durante 6 horas o más, temperatura por debajo de 36°C
- Falta de apetito
- Pérdida de peso
- Vómitos

- Diarrea
- Cianosis en extremidades o labios
- Ictericia en ojos
- Disnea

11. Glosario.

- Cacosmia: Percepción imaginaria de un olor desagradable, ocasionada por una infección, un problema neurológico o una alucinación.
- Copeptina: es un marcador inespecífico que se libera en situaciones de estrés endógeno.
- MicroRnas: o miRNAs, son una clase de pequeñas moléculas de RNA endógenas (sintetizadas en la propia célula) con una longitud entre 19 y 22 nucleótidos, de cadena sencilla y no codificantes (no contienen información que dé lugar a proteínas) que actúan como reguladores postranscripcionales, fundamentalmente inhibiendo la expresión génica.

12. Bibliografía

1. Gorordo D., Pérez N., Porras E., Altamirano A., 2015. Sepsis abdominal: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Rev Mex de Cirugía del Aparato Digestivo.4(3): 110-117.
2. Bellido J., Lendínez J., Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. Jaén: Colegio Oficial de Enfermería de Jaén;2010
3. Peña P., Academia Nacional de Enfermería.
4. Carrillo E., Carrillo C. Estudio Epidemiológico de la Sepsis en Unidades de Terapia Intensiva Mexicana. Cir Ciruj. 2009;77: 301-308. www.medigraphic.org.mx
5. Rizo A., Molina. La sepsis como causa de egreso hospitalario en México; una revisión retrospectiva 2008-2015. Boletín CONAMED-OPS.3 (17), 2018.1-15
6. NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
7. Metodología de enfermería: fases del proceso de enfermería, Manual CTO oposiciones de enfermería.
8. Sanabria T.L., Otero C.M., Urbina L.O., Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Rev Cubana Educ Med Superior. [Internet] 2002. [Consultado 13 diciembre 2018]; 16 (4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems07402.htm#cargo
9. Enfermería Universidad Mayor Temuco [Internet]. Modelo de Virginia Henderson. Chile. 2009. [citado 10 diciembre 2018]; [septiembre 2009]. Available from: <http://enfermeriatravesdeltiempo.blogspot.com/2009/09/virginia-henderson.html>
10. Hernández M.C., El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera. [Tesis]. Universidad de Valladolid. España. 2015. Available from: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/17711/1/TFG-H439.pdf>
11. Bonill C., Amezcua M., Virginia Henderson. Lugar: Índex, 25 noviembre 2014 [consultado 7 diciembre 2018]. Disponible en: <http://index-f.com/gomeres/?p=626>
12. Porcel G.A. Construcción y validación de un sistema de evaluación del nivel de dependencia para el cuidado de los pacientes hospitalizados. [tesis]. Granada: Universidad de Granada; 2011. Available from: <https://hera.ugr.es/tesisugr/19902578.pdf>

13. Bellido V.J., Lendínez C.J. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Primera Edición. España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010
14. Secretaria de Salud. Modelo del cuidado de enfermería. Primera Edición. Ciudad de México: Comisión Permanente de Enfermería, mayo 2018.
15. GPC. 2009. Diagnóstico y tratamiento de sepsis grave y choque séptico en el adulto. 1-68.
16. Chávez P., Sepsis abdominal. Rev Asoc Mex Crit y Te Int. 2002;16(4):124-135.
17. Carbón. Sepsis. Clínica y diagnóstico. Medicine.
18. Gotts J.E., Matthay A., 2016. Fisiología y tratamiento de la sepsis. Intra Med. 353
19. GPC. 2018. Para el reconocimiento y manejo inicial de sepsis en adultos guía en versión extensa. Instituto de evaluación de tecnologías en salud e investigación.
20. Yarmuch G., Mayanz S., Romero P., 2015. Sepsis severa y cirugía. Rev Chil Cir. 67 (1)
21. Dellinger. Et al. Campaña para sobrevivir a la sepsis: recomendaciones internacionales para el tratamiento de sepsis grave y choque septicémico. www. ccmjournal. org. 2012. (41)2.1-58.

13. Anexos

13.1 Cédula de evaluación

Nombre: N.M.J	Fecha de nacimiento	Edad: 55 años	Sexo: masculino
No. De expediente: 658390	Dx medico: sepsis abdominal		
Dx de enfermería: sepsis abdominal/peritonitis			

Necesidad 1: respirar normalmente

Secreciones:		Disnea:		Obstrucción	
De tipo:	Si/no	Presente en:	Si/no	Presente en:	Si/no
Nasal	no	Reposo	Sí	Boca	sí
Oral	Blanquecina	Esfuerzo moderado	sí	Fosas nasales	Sí (SNG)
Presencia de:		Esfuerzo severo		Laringe	
Eupnea		Obesidad		Bronquial	
Taquipnea		Ansiedad		Pulmonar	
Bradipnea		Estrés		Causa:	
Ortopnea		Dolor	sí		
Aleteo nasal		Presencia de tos		Secreciones	
Cheyne-stokes		Tos productiva	no	Vías altas	
Kussmal		Tos no productiva		Bronquiales	
Presencia de :		Tipo de secreciones:			
Amplitud:		Blanquecina	sí	Abundantes	Sí
Frecuencia		Verdosa		Escasas	
ritmo		Espesa	sí	Purulentas	
Simetría		fluida		Hemáticas	
Movimiento		Presencia de cianosis:		Gases arteriales:	
permeabilidad		Central	No	Ph	
Tiraje:		periferica	no	PaO2	
Supraesternal		Suplemento O2	89-91%	PaCO2	
Infraesternal		Características de mucosas:		HCO2	
Retracción estrenal		Rosas	no	Sat. O2	
Supraclavicular		Limpias	no	>=95%	
Infraclavicular		Algodoncillo	lengua	<=95% intubar	
Espacios intercostales		Tamaño normal		Acido base	
Drenaje pulmonar				Hbo	
características				FiO2	
Ruidos respiratorios:	Datos patológicos	Métodos y medios de ventilación			Fecha de inicio
Ventilatorio	Agitación		Intubación		
Disminuido/Gorgoteo	Trabajo respiratorio		Cánula orofaríngea con o sin balón	TOT #8	
Sibilancias	Fr >= 35 rpm		Cánula nasofaríngea		
Estertores	Uso de músculos accesorios		Tubos con obturador esofágico		
Crepitantes	Fatiga de los músculos inspiratorios		Mascara laríngea		

estridor		Dilatación de orificios nasales		Nebulizador		
Roncus		Boca abierta	Sí	Catéter nasal		
Mormullo vesicular	sí	Labios fruncidos	no	Boca a mascarilla		
Soplo		Alteraciones del intercambio gaseoso	sí	Simple		
Dolor:		Alteración estructural:		Con reservorio		
Garganta		Nariz		Con sistema Venturi		
Tórax		Boca		otro		
Abdomen						
Otro						
Modo de VMI				Vc	Fr	FiO2
				I:E	Vi	Pr
Ventilación Mecánica Controlada			no			
VM Asistida/controlada			sí			
Ventilación mandataria intermitente						
NO sincronizada						
Sincronizada						
Presión Soporte						
PEEP (presión positiva al final de la espiración)			sí			
otro						

Aspecto físico	Parámetros
FC	
T/A	
Temperatura	
Pulso	
Ritmo	

Tipo de exposición	Si/no	Tiempo de exposición
Humo de leña	si	15 años
Humo de cigarro	si	13 años de evolución
Humo de fabricas		

Necesidad 2: nutrición

peso	89 Kg	Talla	1.64 M	imc	33.20 Kg/m2
estado nutricional	desnutrición	normal	sobrepeso	si	obesidad
apetito	normal	aumentado	disminuido		perdido
dieta	normal	ayuno	si	liquida	blanda
	diabético	hiperproteíca		hipo sódica	otra
presencia de:	nausea	vomito	espontaneo		provocado
dificultad para:	deglutir	si	ninguna	dolor	otra
alimentación	independiente	dependiente	si	requiere ayuda	
presencia de:	sonda orogastrica	sonda nasogástrica	si	sonda nasoyeyunal	gastrostomía

líquidos intravenosos	catéter		tipo		calibre		total líquidos en 24 hrs. 2118 ml	
nutrición	enteral		parenteral		Cantidad		frecuencia	
laboratoriales	glucosa		triglicéridos		Colesterol		hemoglobina	
electrolitos séricos	sodio		potasio		Cloro		calcio	
medicamentos relacionados con el aparato digestivo	Omeprazol							
	Metoclopramida							
condiciones de la mucosa oral								
encías	normales	si	blancas	no	rojas	si	sangrantes	no
dentadura	completa	si	incompleta	no	prótesis	no	caries	si
lengua	íntegra	Sí	lesiones	no	limpia	no	saburral	sí
labios	Íntegros sí		Textura resecos		Color rosa pálido			
piel y características								
color	rosada	no	pálida	sí	oscura	no	cianótica	no
temperatura	caliente	sí	seca	no	fría	no	húmeda	no
turgencia	flexible	no	firme	no	frágil	si	hidratada	no
cicatrización	normal	no	atróficas	sí	hipertrófica	no	queloide	no
observaciones:								
patología digestiva								
tipo		tiempo		Tratamiento		observaciones		
Abdomen								
presencia	peristaltismo	sí	dolor	sí	distensión	sí		
hábitos dietéticos								
consumo y frecuencia x/7	alimentos de origen animal		leche y derivados		Leguminosas		cereales	
	frutas		verduras		agua		bebidas azucaradas	
otros	alergias alimentarias no				intolerancia alimentaria			
régimen alimenticio	ovolacto vegetariano		vegetariano		vegano		crudivegano	
observaciones:								

Necesidad 3: eliminación

Eliminación urinaria

color	
Amarillo intenso	
Rojizo	
Naranja	
Marrón	
Pardo o negro	
Azul verdoso	
Blanco-lechosa	
Transparente	
Turbia	

Vesical			
Frecuencia		hematuria	
Hora de la última micción		Poliuria	
Incontinencia		Poliaquiuria	
Enuresis		Retención urinaria	
Urgencia miccional		Anuria	
Oliguria		Nicturia	
Disuria		Piuria	
Egresos 24 hrs		Vespertino	
matutino		Nocturno	

Dispositivos vesicales		
Sondaje vesical permanente		Fecha de inst/ret
Sondaje vesical intermitente		Fecha inst/ret
Sonda supra púbica		Fecha inst
Ostomia/urostomia		Fecha inst
Nefrostomia		Fecha inst
Colector		Fecha inst
Pañal:		Otros
Fecha y resultado de urocultivo		
Observaciones de laboratoriales alterados		

Terapia sustitutiva renal			
Catéter de HD		Peso: pre y pos	
Fistula A-V		Modo	
Horarios		Egreso	
Diálisis peritoneal		Tiempo	
Tipo de catéter		Concentración	
Control		No. De recambios	
Características de egresos		Medidas seguridad	
Tratamiento médico-farmacológico			
Medicamento	Vía	Hora	
Dificultades para el acto de la micción			

Valoración de la vejiga y meato urinario	
Globo vesical	
Ausencia de necesidad de vaciar la vejiga	
Ausencia de emisión de orina	
Salida de orina a la presión de la vejiga	
Integridad del meato urinario	
Irritación	
Obstrucción	
Lesión	
Micción: voluntaria/involuntaria	

Otros	

Eliminación intestinal

Abdomen		Características de las heces			
Perímetro abdominal		Forma			
Distensión abdominal		Constitución			
Blando		Color			
Depresible		Olor			
Con dureza		Consistencia			
Ruidos intestinales		Frecuencia			
Presencia de gases		Cantidad			
Características y localización del dolor		Vomito: características, cantidad y frecuencia			

Recto y ano		Diarrea		estreñimiento	
Irritación		Frecuencia		Fatiga	
Inflamación		Consistencia		Debilidad	
Hemorroides		Olor		Signos de deshidratación	
Prolapso		Color		Fecaloma	
Tonia		Calambres abdominales		Otros	
Control de la expulsión de gases y olor:		Impactación		consistencia	
Características y localización del dolor:		Constipación		Frecuencia	
Presencia de fecalomas		Incontinencia		Modo de resolución	
Presencia de facalotas		Dolor/dificultad al evacuar			

Uso de estimulantes para evacuar	
Sustancias naturales	
Dieta	
Ejercicio	

Presencia de ostomias	
Localización	
Características	
Integridad de la ostomía y la piel	
Gasto por día	
Antigüedad de la ostomía	
Autocuidado	
Observaciones	

Presencia de fistulas abdominales	
Localización	
Características	
Integridad de la fistula y la piel	
Gasto por día	
Antigüedad de la fistula	
Autocuidado	
Observaciones	

Presencia de herida quirúrgica y drenajes abdominales		Drenajes	
Heridas exudativas			
Localización			
Características			

Integridad piel y tejidos		
Gasto por día		
Antigüedad		
Autocuidado		
Observaciones		
Presencia de naso/oro-gástrica/yeyunal		
Gasto por día		
Antigüedad		
Características		
Uso de laxantes		
Fármaco	dosis	frecuencia

Necesidad 4: moverse y mantener buena postura.

Praxias: movimientos voluntarios	Movimientos faciales	Contracción de la musculatura facial	Examen Vestibular
Presentes	Asimetrías de la cara	Arrugar la frente	Nistagmo
Ausentes(apraxia)	Apertura ocular	Mostrar los dientes	Vértigo
Apraxia del Vestir	Surcos nasogenianos	Arrugar la nariz	Desequilibrio
Apraxia de Construcción	Comisura bucal	Cerrar activamente los ojos	Reconoce la posición
Desviaciones posturales	Dirección de la desviación	Movimiento de cabeza, cuello y hombros	
De pie y con ojos cerrados		Levanta los hombros contra resistencia	
Al caminar por línea imaginaria		Gira la cabeza contra resistencia hacia el lado opuesto	
Sentado y brazos extendidos		Incapacidad de girar la cabeza hacia el lado sano	

Examen de la marcha (motor)	Fuerza	Fuerza de la extremidad
Marcha hemiparética	No hay indicio de movimiento	Monoplejia
Marcha paraparética	Esboza movimiento	Hemiplejia
Marcha parkinsoniana	Mueve la extremidad lateralmente	Paraplejia
Marcha atáxica o cerebelosa	Levanta la extremidad contra la gravedad	Tetraplejia
Marcha tabética	No vence gravedad	
	Levanta la extremidad y vence resistencia moderada	
	Fuerza normal de los brazos	

Extremidades inferiores		valoración extremidades superiores brazos extendidos	
Caderas y rodillas flectadas		Al levantar ambos uno de ellos es más Lento	
Cae primero un miembro		Movimiento oscilante o impreciso	
Esfuerzo realizado		Torpeza en el movimiento rápido de los dedos	
Atrofia		Asimetría en el movimiento rápido de los dedos	
Miopatía		Cae un brazo	
Poli neuropatía		Error al rotar la mano	
Fatigabilidad		Pronación mano	
		Elevación de los hombros	
		Extensión y flexión de antebrazo	
		Extensión y flexión de muñeca y dedos	

Estado de movilidad		Deambulación	
Movilidad autónoma		Postura	
Movilidad en cama por si solo		Uso de equipo auxiliar	
Movilidad en cama con asistencia		Ninguno	
Marcha		Muletas	
Estable		Sillas/ retrete	
Inestable		Andador	
Traslada en silla de ruedas			
Traslada en cama		Bastón	
Lesiones corporales que limitan la movilidad		férula	

Dolor, tipo y localización	
farmacoterapia	
fármaco	dosis

Deambulación		
Reflejos patológicos		
Signo de babinski		
Reflejo de parpadeo		
Reflejo de hociqueo		
Reflejo de succión		
Reflejo de prensión		
Reflejo palmomentoniano		
Rigidez de nuca		
postura		Marcha
cifosis		Autónoma
Escoliosis		Con asistencia
Lordosis		Uso de dispositivos
otro		Tipo de dispositivos

Estado de movilidad	
Movilidad autónoma	
Movilidad en cama por si solo	
Marcha	
Estable	
Inestable	
Trasladada en silla de ruedas	
Trasladada en cama	
Lesiones corporales que limitan la movilidad	

Necesidad 5: Dormir y descansar

Patrón y tipo habitual de sueño		Cuando necesita descansar	
Horario		Le resulta suficiente o adecuado	Dormir
Duración		Duerme solo o acompañado	Sentido que le da al dormir
Siestas		Tarda en conciliar el sueño	Como rutina
Se despierta por la noche		Duerme con luz encendida	Obligación
Necesidad de levantarse durante la noche		Las emociones influ- yen para poder dormir y reposar	Evasión
Sueño profundo		Controla el dolor antes de dormir	Efecto positivos
Predominan sueños		Cuánto tiempo diario utiliza para el reposo	
Pesadillas cuando duerme		Cuánto tiempo diario utiliza para el descanso	
Medios para facilitar el sueño	Donde descansa o reposa	Satisfacción del sueño	
Masajes	Trabajo	Nivel de estrés	Laxitud
Relajación	Casa	Confusión	Cefaleas
Música	Entorno social	Respuesta disminuida	
Entretenimiento	Falta de energía	Letargo	
Lectura	Masajista	Fatiga	Apatía
Cambios en la conducta		Aumento o disminución del sueño	
Cambios en el desempeño de las funciones		Irritabilidad	

Quejas verbales de no sentirse descansado					
Condiciones del entorno		Luz		Adaptación de la cama	Almohada o ropa
Sonido		Temperat		Colchón	Situación personal
Utiliza algún medicamento para dormir		¿Cuál?		¿Conoce sus efectos?	
Utiliza algún medicamento para estimularse		¿Cuál?		¿Conoce sus efectos?	
Alteraciones del sueño y descanso			Observaciones:		
Insomnio					
Hipersomnia					
Incomodidad					
Fatiga					
deprivación del sueño					

Necesidad 6: vestirse / arreglo personal.

Aspecto General		Auto reacción al vestido		Percepción personal del vestuario	
Adecuado		Agradable		Ajustado a la realidad	
Exagerado		Desagradable		Confuso	
Descuidado		Actitud frente al vestuario		Equivocado	
Meticuloso		Aceptación		Autoevaluación del vestuario.	
Extravagante		Rechazo		Positivo	
El paciente presenta comodidad Con su vestir		Indiferencia		Negativo	
El paciente es capaz			La ropa y calzado que usa comúnmente es		
Escoger su ropa			Ajustado		
Tomar la ropa			Holgado		
Ponerse la ropa de la parte superior e inferior			Nuevo		
abrochar la ropa			Usado		
Manipular broches y cierres			Limpio		
ponerse los calcetines y zapatos			Sucio		
Abrocharse los zapatos			La ropa del paciente se ajusta a la estación del año:		
Quitarse la ropa					
El paciente cuida su seguridad e intimidad					
Observaciones :					

Necesidad 7: mantener la temperatura corporal dentro los límites normales

Control de la temperatura		Temperatura		Tratamiento Químico		Medios físicos
Axilar		Hipertermia		Medicamento	Dosis	
Bucal		Hipotermia				
Dérmica		Eutermia				
Rectal		Febrícula				
Timpánica		Fiebre				
Signos Asociados			Temperatura ambiental			
Sudoración			Clima artificial			
Escalofríos			Aire acondicionado			
Deshidratación			Ventilación natural			
Taquipnea			Ventanas c/s cortinas			

Necesidad 8: mantener la higiene corporal.

Hábitos higiénicos	Frecuencia	Utensilios que utiliza	Requiere de otra persona para	
Lavado de manos			Ayuda	
Limpieza perianal (vaginal)			Supervisión	
Limpieza de oídos			Enseñanza	
Limpieza de nariz			Seguridad	
Higiene bucal			Usa dispositivos	

Baño corporal	Tipo de baño	frecuencia	Utensilios que ocupa		
Cuerpo completo			Crema corporal		Peine
Cara			Desodorantes		Apósito
			Perfumes		
Cabello			Crema para rasurar		Hisopos
Tronco			Rastrillo		Otros
Genitales					
Estado de la piel		Integridad de la piel			
Piel		Eritema		Transpiración	Piel intacta
Uñas		temperatura		Textura	Pigmentación
Cabello		sensibilidad		Grosor	Lesiones cutáneas
Boca		Elástica		Crecimiento del bello	Tejido cicatricial
Pies		Hidratación		Descamación cutánea	Raspado cutáneo
Puntuación Braden-bergstrom-riesgo de UUP.		Canceres cutáneos		Palidez	Necrosis
		Induración		Lesiones de la mucosa	Otros

Características del cabello				Usa:			
Longitud		Orzuela		Alopecia		Fijadores	
Grosor		Seborrea		Fragilidad		Cremas	
Espesor		Pediculosis		Textura		Tratamiento capilar	
Implantación		Micosis		Hidratación		Otro	
Observaciones.							

Necesidad:9 evitar los peligros ambientales y lesionar personas

Antecedentes heredofamiliares:

Antecedentes patológicos:

Asma	SI	No	Alergias
Diabetes	si	No	Ninguna
Sida	Si	No	Fármacos
Tbc	Si	No	¿cual?
Afecciones mentales	Si	No	Alimentos
Cáncer	Si	No	¿Cuál ?
HTA	Si	No	
Otros: ETS especifique:			

Nivel de consciencia	Estado de conciencia	Alteración de la percepción	Estado de animo
Consciente	Orientado	Auditivas	Tranquilo
Somnoliento	Desorientado	Gustativas	Ansioso
Obnubilado	En:	Kinestésicos	Triste
Estuporoso	Tiempo	Visuales	Eufórico
Comatoso	Persona	Táctiles	Nervioso
Hipervigilante	Espacio	olfativas	Preocupado
Confuso		Otras:	Irritable
Sedado			Lábil
			Conductas peligrosas Impulsividad Inquieto

Visión	si	No	Consumo de alcohol	Valoración de riesgo de caída
Sin alteración			Diario	
Deficiente			Fines de semana	
Ceguera			Intoxicación	
Protesis			Otras adiciones	
Oído			¿Cuál ?	
¿Cuál ?				

Necesidad 10: comunicarse con los demás expresando emociones

Lenguaje		Lenguaje espontáneo		Desviación de la lengua hacia un lado	
Disartrias		Afasia fluente		Atrofia muscular de la lengua	
Disfonías		Afasia no fluente		Fasciculaciones de la hemilengua	
Disfasia		Repetición		Protrusión	
Afasia		Comprensión		Movimientos laterales	
Wernicke		Lecto-escritura			
Broca					
Corticales					
Subcorticales					

Organización Pensamiento- lenguaje		Expresión del lenguaje			
Coherente		Contenido	Normal		Abundante
Organizado		Tono y modulación	Tranquilo		Nervioso
Delirante:		Velocidad	Normal		Rápido
Descripción de la alteración:		Volumen	Bajo		Alto
		Otra alteración			
Dificultad en la comunicación verbal:				Alteración de pensamiento:	
Dificultad de comprensión		Otras alteraciones en el lenguaje:		Inhibición	
Dificultad de expresión		Pobreza en el lenguaje		Aceleración	
Utiliza otro idioma		Bloqueos		Perseverancia	
Mutismo		Rigidez		Disgregación	
Lenguaje incoherente		Neologismos		Incoherencia	
Verborrea		Lenguaje simbólico		Confabulación	
Laringectomizado/intubado		Otro:			
Otro					

Necesidad 11: vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores

Religión que profesa	Prácticas religiosas habituales		Confianza en la experiencia pasada con conductas sobre la salud similares
Católica	Incapacidad para participar		
Testigo de Jehová	Dificultad para participar		Declaración de voluntades anticipadas:(Donación órganos, Testamento)
Cristiano	Asiste al templo		Deseos de participar en prácticas religiosas
Judío	Pide a ministro		Otros datos
Mormón	Realiza ceremonias		
Espiritista	Iconos religiosos		
Otro	Uso de amuletos		
Ha tenido en los dos últimos años cambios vitales:	Cambio estructura familiar:	Su situación actual ha alterado sus:	Valores y creencias importantes en la historia personal del paciente:

Pérdida de familiares		Unión	Ideas		
Enfermedad de familiares		Separación	Valores		
Enfermedad propia		Nacimiento	Creencias		
Cambio de trabajo		Otros	Otro		
Cambio de residencia					
Observaciones:					

Necesidad 12: Ocupación para autorealizarse.

Trabajo/estudio.					
Nivel de Escolarización.		¿Trabaja?		Sí	No
Nivel de dependencia:		Sentimientos que produce la dependencia:			
total		parcial			
Física				Reacción de la familia ante la enfermedad.	
Económica					
Psicosocial					
Condición laboral/escolar		satisfactorio		Insatisfactorio	
¿Por qué?					
¿Qué opina de su imagen corporal?					
Integración familiar/personal.		Problemas familiares.			
Familia nuclear		Económicos		Carencia afectiva	
Familia disfuncional		Relaciones disfuncionales		Desinterés	
Vive solo		Farmacodependencias		Irresponsabilidad	
Parentesco del cuidador:		Otros:			
Actitud del cuidador ante la enfermedad:		¿Abandono de actividades por su enfermedad?		Sí	No
		¿De qué tipo? (laborales, ocupacionales, académicas, otras):			
Falta de conocimiento del cuidador sobre:			¿Tiene personas a su cargo?		
Medicación		Signos de riesgo		Niños pequeños	
Cuidados		Manejo de material		Personas de edad avanzada	
Enfermedad		Otros		Personas con incapacidad	
Medidas higiénico/dietéticas				Otros:	
Refiere maltrato:		Sospecha de maltrato:			
Físico				Físico	
Psicológico				Psicológico	
Social				Social	
Económico				Económico	
Otros:				Otros:	

Necesidad 13 Participar en actividades recreativas

Actividades recreativas antes de internación			Recreación durante la internación		
Abandono de actividades			Utilización de recursos de la comunidad		
Laborales	si	no	Atención a domicilio/hospitalización	si	no

Atención			
capacidad de mantener la concentración			
Sigue una secuencia de dígitos			
Invierte series automáticas.			
Ocupacionales		Atención de día	
Académicas		Grupos parroquiales	
Otros		Comida a domicilio	
		Otros	
Recreación		Juegos	
Participa en actividades diferentes al trabajo		Participa en juegos	
Elije actividades de ocio de interés		Expresa placer por jugar	
Las actividades de ocio lo relajan		Usa la imaginación	
Disfruta las actividades de ocio		Expresa emociones al jugar	
Observaciones			

Necesidad 14 de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad

Resolución de problemas		Interpretación de proverbios	
Juicio congruente		Seguir una charla	
Planificación de actividades		calculo	

Memoria	
Memoria inmediata: registro y evocación de un estímulo	
Memoria de corto plazo repite en un tiempo corto	
Memoria de largo plazo: retiene la información por días	

Describe su estado de salud		Desea manejar el tratamiento	
Bueno		Conciencia de enfermedad	
Normal		Importancia a su salud.	
malo		Acepta su estado de salud	

Sigue el plan terapéutico Farmacológico. especificar

Causas de no seguir plan terapéutico.	
Falta de recursos	
desconocimiento	
incapacidad	
error	
Falta de motivación	
Falta de cuidador/necesidad de ayuda.	
No conciencia de enfermedad	
Otros	

Se automedica	
Toma más de 3 fármacos	
Efectos secundarios	
Busca información sobre su salud	
medicación	Signos de riesgo
autocuidado	Manejo de material
enfermedad	Recursos sanitarios
Medidas higiénico dietéticas	Recursos sanitarios

Desea más información sobre	
medicación	
autocuidados	
Enfermedad	
Medidas higiénico dietéticas	
Signos de riesgo	
Manejo de material	

13.2 Escalas de valoración

Escala SOFA (<i>Sepsis related Organ Failure Assessment</i>)					
CRITERIOS	0	1	2	3	4
SNC Escala de Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	< 6
Renal Creatinina (mg/dl) Diuresis (ml/día)	< 1,2	1,2-1,9	2-3,4	3,5-4,9 ou < 500	> 5 ou < 200
Hepático Bilirrubina (mg/dl)	< 1,2	1,2-1,9	2-5,9	6-11,9	> 12
Coagulación Plaquetas 10 ³ /mm ³	≥ 150	< 150	< 100	< 50	< 20
Respiratorio PaO ₂ /FIO ₂ (mmHg)	≥ 400	< 400	< 300	< 200 y soporte ventilatorio	< 100 y sopor ventilatorio
Cardiovascular TAM (mmHg) Drogas vasoactivas (µg/kg/min)	≥ 70	< 70	Dopamina a < 5 o dobutamina a cualquier dosis	Dopamina 5-15 Noradrenalina o adrenalina ≤ 0,1	Dopamina > 5 Noradrenalina adrenalina > 0,1

SNC: sistema nervioso central; PaO₂: presión arterial de oxígeno; FIO₂: fracción de oxígeno inspirado; TAM: tensión arterial media.

<https://www.google.com/search?q=escala+sofa>

Cuadro I – La Behavioral Pain Scale (Escala de Dolor Comportamental) analiza:

Expresión facial
Relajada: 1
Parcialmente tensa: 2
Totalmente tensa: 3
Haciendo muecas: 4

Movimientos de los miembros superiores
Relajado: 1
Parcialmente flexionado: 2
Totalmente flexionado: 3
Totalmente contraído: 4

Ventilación mecánica
Tolerando movimientos: 1
Tosiendo, pero tolerando durante la mayor parte del tiempo: 2
Luchando contra el ventilador: 3
Imposibilidad de controlar el ventilador: 4

<https://www.google.com/escala+bps+dolor+analges+iaysedación>

TABLA 1 Índice de Mannheim

FACTORES	ADVERSOS	Puntos	FAVORABLES	Puntos
Edad	>50	5	<50	0
Sexo	Femenino	5	Masculino	0
Falla orgánica	Presente	7	Ausente	0
Cáncer	Presente	4	Ausente	0
Tiempo de evolución	.24 h	4	<24 h	0
Origen	No colonico	4	Colónico	0
Extensión de peritonitis	Generalizada	6	Localizada	0
Características del fluido peritoneal	Fecaloideo	12	Claro	0
	Purulento	6		

<https://www.google.com/search.indice+de+peritonitis+de+m Mannheim>

The APACHE II Score

Physiologic Variable	High Abnormal Range						Low
	+4	+3	+2	+1	0	+1	
Rectal Temp (°C)	≥11	39-40.9		38.5-38.9	36-38.4	34-35.9	32-33
Mean Arterial Pressure (mmHg)	≥160	130-159	110-129		70-109		50-69
Heart Rate	≥100	140-179	110-139		70-109		50-69
Respiratory Rate	≥50	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9
Oxygenation a) FIO ₂ ≥ 0.5 record A-aDO ₂ b) FIO ₂ < 0.5 record PaO ₂	≥500	350-499	200-349		< 200	PO ₂ > 70	PO ₂ 61-70
Arterial pH	≥ 7.7	7.6-7.69		7.5-7.59	7.33-7.49		7.25-7.29
HCO ₃ (mEq/l)	≥ 52	41-51.9		32-40.9	22-31.9		18-21
K (mEq/l)	≥ 7	6-6.9		5.5-5.9	3.5-5.4	3.3-4	2.5-2.9
Na (mEq/l)	≥ 100	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129
S. Creat (mqm/dl)	≥ 3.5	2-3.4	1.5-1.9		0.6-1.4		< 0.6
Hematocrit (%)	≥ 60		50-59.9	46-49.9	30-45.9		20-29
TLC (10 ³ cc)	≥ 40		20-39.9	15-19.9	3-14.9		1-2.9
GCS							

Age -score	GCS:	Chronic diseases
<44 → 0 45-54 → 2 55-64 → 3 65-74 → 5 ≥75 → 6	15 → 0 14 → 1 13 → 2 12 → 3 11 → 4 10 → 5 9 → 6 8 → 7 7 → 8 6 → 9 5 → 10 4 → 11 3 → 12	Programed preoperative Urgency

<https://www.google.com/valoración.apache>

MODS

System	0	1	2	3	4
Respiratory PO ₂ /FiO ₂	>300	226-300	151-225	76-150	<75
Renal Serum Creatinine (μmol/L)	<100	101-200	201-350	351-500	>500
Hepatic Serum bilirubin (μmol/L)	<20	21-60	61-120	121-240	>240
Cardiovascular (PAR)	<10	10.1-15	15.1-20	20.1-30	>30
Hematological Platelet count (100/ μL)	>120	120-80	80-50	50-20	<20
Neurological (GCS)	15	14-13	12-10	9-7	<7

<https://www.slideshare.net/drimangalal/iscoreing-systems>

LODS

System	Value (Score)
Neurological	GCS 14, 15 (0) 13-9 (1) 8-6 (3) 5-3 (5)
Cardiovascular	HR >140 (1) 140-30 (0) <30 (5)
	SBP >270 (3) 240-269 (1) 70-89 (1) 69-40 (3) <40(5)
Hematological	TLC (1000/cc) <1 (3) 1-2.4 (1) 2.4-50 (0) >50 (1)
	Platelet (10 ⁹ /cc) <50 (1) >50 (0)
Respiratory	PO ₂ <150 (3) >150 (1)
Hepatic	Bilirubin (mg/dl) <2 (0) >2 (1)
	PT 0-2.9 s (0) 3 s (1)
Renal	Urea (mg/dl) >120 (5) 119-60 (3) 59-35 (1) <35 (0)
	Creatinine (mg/dl) >1.16 (3) 1.59-1.2 (1) <1.2 (0)
	UO (L/24 hr) >10 (3) 10-0.75 (0) 0.75-0.5 (3) <0.5 (5)

<https://www.slideshare.net/drimangalal/iscoreing-systems>

MPM₀

Variable	1	0
Level of consciousness	Coma / deep stupor	No coma/deep stupor
Admission	Emergency	Elective
Prior CPR	Yes	No
Cancer	Present	Absent
CRF	Present	Absent
Infection	Probable	Not probable
Previous ICU admission in 6 mo	Yes	No
Surgery before ICU admission	Yes	No
SBP		
HR	10 beat/min relative risk	
Age	10 years relative risk	

<https://www.slideshare.net/drimangalal/iscoreing-systems>

SAPS II Score

Parameter	Value (score)
HR	<40 (11) 40-69 (2) 70-119 (0) 120-159 (4) >160 (7)
SBP	<70 (13) 70-99 (5) 100-199 (0) >200 (2)
Temp	<39°C (0) >39°C (3)
PaO₂/FIO₂	<100 (11) 100-199 (9) >200 (6)
UO (ml)	<500 (11) >500 (4) >1000 (0)
S. Urea	<28 (0) 28-83 (6) >84 (10)
TLC (10⁹/cc)	<1 (12) 1-20 (0) >20 (3)
K	<3 (3) 3-4.9 (0) >5 (3)
Na	<125 (5) 125-144 (0) >145 (1)
Bicarb	<15 (6) 15-19 (3) >20 (0)
Bil	<4 (0) 4-5.9 (4) >6 (9)
GCS	<6 (26) 6-8 (13) 9-10 (7) 11-13 (5) 14-15 (0)

Age -score

<40 → 0
40-59 → 7
60-69 → 12
70-74 → 15
75-79 → 16
≥80 → 18

Chronic disease:

Metastatic cancer → 9
Hemat.malg → 10
AIDS → 17

Type of admission:

Sched. Surgical → 0
Medical → 8
Emer.surgical → 8

JAMA 1993;270(24):2957-2963

<https://www.slideshare.net/drimangalal/iscoreing-systems>

13.3 Hoja principal de la evidencia científica

IntraMed Buscar en IntraMed

Medicina general

Inicio Secciones Campus Virtual Eventos Foros Servicios

Artículos

Una puesta al día en profundidad | 27 JUN 16

Fisiopatología y tratamiento de la sepsis

Revisión y puesta al día sobre un problema que, a pesar de las mejoras en el pronóstico, continúa siendo grave y muchas veces letal

24 59 G f t



Autor: Gots JE, Matney MA Fuente: BMJ 2016; 353:11656 Sepsis: pathophysiology and clinical management

Artículo especial

Campaña para sobrevivir a la sepsis: recomendaciones internacionales para el tratamiento de la sepsis y el choque septicémico: 2016

Andrew Rhodes, MB BS, MD(Res) (Co-chair)¹; Laura E. Evans, MD, MSc, FCCM (Co-chair)²; Waleed Alhazzam, MD, MSc, FRCP (methodology chair)³; Mitchell M. Levy, MD, MCCM⁴; Massimo Antonelli, MD⁵; Ricard Ferrer, MD, PhD⁶; Anand Kumar, MD, FCCM⁷; Jonathan E. Sevransky, MD, FCCM⁸; Charles L. Sprung, MD, JD, MCCM⁹; Mark E. Nunnally, MD, FCCM¹⁰; Bram Roehrig, MD, MSc (Epi)¹¹; Gordon D. Rubenfeld, MD (conflict of interest chair)¹²; Derek C. Angus, MD, MPH, MCCM¹³; Djillali Annane, MD¹⁴; Richard J. Beale, MD, MB BS¹⁵; Geoffrey J. Bellomo, MRCPC¹⁶; Gordon R. Bernard, MD¹⁷; Jean-Daniel Chiche, MD¹⁸; Craig CooperSmith, MD, FACS, FCCM¹⁹; Daniel P. De Backer, MD, PhD²⁰; Craig J. French, MB BS²¹; Seitaro Fujishima, MD²²; Herwig Gerlach, MBA, MD, PhD²³; Jorge Luis Hidalgo, MD, MACP, MCCM²⁴; Steven M. Hollenberg, MD, FCCM²⁵; Alan E. Jones, MD²⁶; Dilip R. Karnad, MD, FACP²⁷; Ruth M. Kleinpell, PhD, RN-CS, FCCM²⁸; Younsuck Koh, MD, PhD, FCCM²⁹; Tiago Costa Lisboa, MD³⁰; Flavia R. Machado, MD, PhD³¹; John J. Marini, MD³²; John C. Marshall, MD, FRCS³³; John E. Mazski, MD, PhD, FCCM³⁴; Lauralya A. McIntyre, MD, MSc, FRCP³⁵; Anthony S. McLam, MB ChB, MD, FRACP, FFICM³⁶; Sangeta Mehta, MD³⁷; Rui P. Moreno, MD, PhD³⁸; John Myburgh, MD ChB, MD, PhD, FANZCA, FCCM, FAICD³⁹; Paulo Navasiles, MD⁴⁰; Osama Nishida, MD, PhD⁴¹; Tiffany M. Osborn, MD, MPH, FCCM⁴²; Anders Perner, MD⁴³; Colleen M. Plankett⁴⁴; Marco Ranieri, MD⁴⁵; Christa A. Schorr, MSN, RN, FCCM⁴⁶; Maureen A. Seckel, CCRN, CNS, MSN, FCCM⁴⁷; Christopher W. Seymour, MD⁴⁸; Lisa Shieh, MD, PhD⁴⁹; Khalid A. Shukri, MD⁵⁰; Steven Q. Simpson, MD⁵¹; Mervyn Singer, MD⁵²; B. Taylor Thompson, MD⁵³; Sean R. Townsend, MD⁵⁴; Thomas Van der Poll, MD⁵⁵; Jean-Louis Vincent, MD, PhD, FCCM⁵⁶; W. Joost Wiersinga, MD, PhD⁵⁷; Janice L. Zimmerman, MD, MACP, MCCM⁵⁸; R. Phillip Dellinger, MD, MCCM⁵⁹

¹St. George's Hospital London, England, United Kingdom.
²New York University School of Medicine New York, NY.
³McMaster University Hamilton, Ontario, Canada.
⁴Brown University School of Medicine Providence, RI.
⁵Istituto di Anestesiologia e Rianimazione, Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy.
⁶Vall d'Hebron University Hospital Barcelona, Spain.
⁷University of Manitoba Winnipeg, Manitoba, Canada.
⁸Copyright © 2011 by the Society of Critical Care Medicine and the European Society of Intensive Care Medicine
 DOI: 10.1097/CCM.0b000000000002255

⁵⁹Emory University Hospital Atlanta, GA.

486 Copyright © 2017 by the Society of Critical Care Medicine and Wolters Kluwer Health, Inc. Todos los derechos reservados.

ARTÍCULO DE REVISIÓN
CIRUGÍA GENERAL

Revista Mexicana de
Cirugía del Aparato
DIGESTIVO

Sepsis abdominal: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento

Luis A. González-Delso¹, Orlando R. Pérez-Nieto², Oscar Porras-Escorcia³, Carlos A. Altamirano-Arcos⁴

¹ Servicio de Cirugía General, Hospital General de México

² Servicio de Cirugía General, Hospital General de México

Abdominal sepsis: pathophysiology, diagnosis and treatment

Revista Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo / Vol. 4, Núm. 3 / Julio-Septiembre, 2015 / p. 110-117

RESUMEN

La sepsis abdominal es un padecimiento común en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), tiene consideraciones específicas que la diferencian de otras infecciones sépticas en cuanto al abordaje diagnóstico y terapéutico, por lo que se realizó una revisión de la literatura científica disponible hasta la fecha. Esta entidad clínica es compleja y su diagnóstico y tratamiento requiere la competencia de los equipos quirúrgicos, clínicos y servicios de apoyo por la compleja fisiopatología y los múltiples caminos clínicos que puede tomar la enfermedad. No existen estudios epidemiológicos extensos nacionales sobre la incidencia de esta patología, la mayoría de los estudios se basan en diagnósticos etiológicos, principalmente a nivel nacional, en un estudio la incidencia aguda fase III y IV demostró aumentar significativamente la mortalidad en 17%, comparada con la misma en sus fases I y II, sin embargo, existe un gran número de etiologías de las cuales no se cuenta con datos estadísticos exactos. Por ello se realizó una revisión del 1 de enero de 2011 al 31 de diciembre de 2014, con $N = 1,180$ pacientes en nuestra UCI, de los cuales 105 tuvieron diagnóstico primario de sepsis severa o choque séptico de etiología abdominal, 20% de estos pacientes presentaron infección o dehiscencia de la herida quirúrgica, con una mortalidad de 53.8% en 2011 y 22.5% el último año. En las siguientes líneas se expone la gran complejidad de la fisiopatología, el diagnóstico y su tratamiento para esta entidad, sepsis abdominal.

Palabras clave: Sepsis, sepsis abdominal.

ABSTRACT

The abdominal sepsis is a common condition in the Intensive Care Unit (ICU), a disease that has specific considerations which distinguish it from other septic processes, in terms of diagnosis and therapeutic approach, so this review of the literature was conducted available to date. This clinical entity is for the surgical team, clinical and support services for the complex pathophysiology and clinical multiple paths you can take the disease. No national extensive epidemiological studies on the incidence of this disease, most studies are based on etiologic diagnosis, mainly at national level, acute sepsis stage III and IV in a study that showed significantly increased mortality by 17% compared with the same in phases I and II, however, there are a number of etiologies of which do not have accurate statistics. Therefore, a revision of January 1, 2011, is done at December 31, 2014, with $N = 1,180$ patients in our ICU, of which 105 had primary diagnosis of severe sepsis or septic shock of abdominal etiology, 20% of these patients with infection or dehiscence of the surgical wound, with a mortality of 53.8% in 2011 and 22.5% in the last year. In the following lines we present the complexity of the pathophysiology, the diagnosis and treatment for this entity abdominal sepsis.

Key words: Sepsis, abdominal sepsis.

Correspondencia:

Dr. Luis Antonio González-Delso
 Av. Instituto Politécnico Nacional, Núm. 5160, Col. Magdaleno de las Salinas, C.P. 07760, México, D.F.
 Tel: +52 (55) 5747-7560, Ext. 7456, Correo electrónico: luis.gonzalezdelso@icloud.com

González-Delso LA, et al. Sepsis abdominal

Revista de la Asociación Mexicana de
Medicina Crítica y Terapia Intensiva

Volumen **16** Número **4** Julio-Agosto **2002**
Volume **16** Number **4** July-August **2002**

Artículo:

Sepsis abdominal

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva, AC

Otras secciones de
este sitio:

- 👉 Índice de este número
- 👉 Más revistas
- 👉 Búsqueda

Others sections in
this web site:

- 👉 Contents of this number
- 👉 More journals
- 👉 Search

GOBIERNO FEDERAL

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

SAHUD

Guía de Práctica Clínica

SEDENA

SEMAR

Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis Grave y Choque Séptico en el Adulto

Evidencias y Recomendaciones
Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-084-08

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

IMSS

SSSTE

PEMEX

DIF

SECRETARÍA NACIONAL PARA EL DESARROLLO FAMILIAR DE LA FEMSA

Vivir Mejor

Med Intensiva. 2013;37(8):519-574



medicina intensiva

www.elsevier.es/medintensiva



ARTÍCULO ESPECIAL

Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo

E. Celis-Rodríguez^{a,*}, C. Birchenall^b, M.Á. de la Cal^c, G. Castorena Arellano^d, A. Hernández^e, D. Ceraso^f, J.C. Díaz Cortés^g, C. Dueñas Castell^h, E.J. Jimenezⁱ, J.C. Meza^j, T. Muñoz Martínez^k, J.O. Sosa García^l, C. Pacheco Tovar^m, F. Pálizasⁿ, J.M. Pardo Oviedo^o, D-I. Pinilla^p, F. Raffán-Sanabria^q, N. Raimondi^r, C. Righy Shinotsuka^s, M. Suárez^t, S. Ugarte^u y S. Rubiano^v

^a Departamento de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo, Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, Universidad de Los Andes, Bogotá, Colombia

^b Clínica Universitaria Colombia, Hospital Universitario Mayor-Medri

^c Hospital Universitario de Getafe, Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER) de Enfermedades Respiratorias, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^d Anestesia y Áreas Críticas, Hospital General Manuel Gea González, Anestesiología, Universidad Nacional Autónoma de México, Fundación Clínica Médica Sur, Ciudad de México, México

^e Departamento de Paciente Crítico, Hospital Militar de Santiago, Universidad de Los Andes, Universidad de Valparaíso

^f Terapia Intensiva Sociedad Argentina de Terapia Intensiva - Fellow Critical Care Medicine (SATI-FCCM), Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Juan A. Fernández, Buenos Aires, Unidad de Terapia Intensiva, Sanatorio San Lucas, San Isidro, Argentina, Medicina Crítica y Terapia Intensiva, Universidad de Buenos Aires

^g UCI, Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, Anestesia y Medicina Crítica Universidad del Bosque, Universidad del Rosario y Universidad de los Andes

^h Universidad de Cartagena, UCI Gestión Salud, UCI Santa Cruz de Bocagrande, Federación Panamericana e Ibérica de Medicina Crítica y Terapia Intensiva

ⁱ Federación Mundial de Sociedades de Medicina Crítica y Cuidados Intensivos, Sección de Medicina Crítica, Orlando Health Corporation and Orlando Health Physicians, Unidades de Cuidados Intensivos Orlando Regional Medical Center, Medicina University of Central Florida, University of Florida y Florida State University

^j Cirujano Mayor Santiago Tovar, Departamento de Medicina Crítica y de la Oficina de Educación Médica Continua del Centro

13.4 Consentimiento informado

Mediante la firma de este documento doy mi consentimiento para participar en el trabajo de investigación, aplicado por la estudiante: Marysol Trinidad García Ramos y Claudia Isabel Castillo Rodríguez como requisito para realizar un proceso enfermero a mi familiar la c: N.M.J

Entiendo que mi familiar fue elegido para el estudio por ser paciente con diagnóstico de mucho interés para la estudiante. Además, doy fe que estoy participando de manera voluntaria y que la información que aportó es confidencial, por lo que no se revelara a otras personas, por tanto, no afectara la situación personal ni de salud de mi familiar.

Así mismo sé que puedo dejar de proporcionar la información y de participar en el trabajo en cualquier momento.

Por tanto, doy mi consentimiento voluntario para realizar las pruebas y preguntas que se me tengan que hacer para dicho estudio.

Oaxaca de Juárez Oaxaca a 02 de Abril del 2019

Nombre y firma del familiar:

Miguel Morales

Nombre y firma de la estudiante:
