



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
LICENCIATURA: EN ENFERMERÍA**



**PROCESO DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTE CON DIAGNÓSTICO MÉDICO: Choque Hipovolémico + Choque Séptico + Pielonefritis + Cistitis + Viremia por Citomegalovirus**

**PROCESO DE ENFERMERÍA**

**Que para obtener el grado de:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**Presenta:**

**ESTRADA BARRERA WENDY SARAI**

**ASESORA:**

**L.E.O. LIZETH ALONSO GARCÍA**

**LOS REYES IZTACALA, ESTADO DE MÉXICO**

**AGOSTO – 2021**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

# ÍNDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN .....	3
JUSTIFICACIÓN .....	4
OBJETIVOS .....	6
MARCO TEORÍCO .....	7
FICHA DE IDENTIFICACIÓN .....	26
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA CON BASE A LOS PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE MARJORY GORDON .....	26
EXPLORACIÓN FÍSICA .....	30
SIGNOS VITALES .....	30
NOTA DE EVOLUCIÓN .....	31
INDICACIONES MÉDICAS .....	32
LABORATORIOS .....	33
JERARQUIZACIÓN PATRONES FUNCIONALES .....	36
PLANES DE CUIDADO .....	37
CONCLUSIONES .....	56
EVALUACIÓN .....	56
GLOSARIO .....	57
BIBLIOGRAFÍA .....	58
ANEXOS .....	59

## INTRODUCCIÓN

El Proceso de Enfermería es el sistema de la práctica de Enfermería, ya que proporciona el mecanismo por el que el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud, es uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina, fundamentado en el método científico, a partir del contexto, datos y experiencias.

Se obtienen datos a través de la observación y la valoración de manera sistemática, se organizan de forma lógica y congruente para analizar la información relevante, planteando un problema y/o patrón funcional alterado, realizando un diagnóstico de Enfermería, con el fin de lograr los objetivos planteados, por último se realiza una evaluación en relación con el cumplimiento de las intervenciones y el alcance de las metas propuestas.

La valoración se define como un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida de datos e interpretación de información, que permite determinar la situación de salud, y las respuestas que las personas den a esta. Existen diversos tipos de valoración dependiendo del modelo enfermero; se optó por el modelo de los Patrones Funcionales de Marjory Gordon quien define los patrones funcionales como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidado o la patología.

El Proceso de Enfermería se elaboró en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, en el Servicio de Urgencias durante el ingreso de la paciente el día 28 – 03 – 2021. Los diagnósticos de ingreso fueron los siguientes: Choque Hipovolémico + Choque Séptico + Pielonefritis + Cistitis + Viremia por Citomegalovirus. Se inició reanimación y se mantuvo en observación durante 12 horas.

Se ha establecido que el estado de choque corresponde a casi dos tercios de los casos que son tratados en las áreas críticas, ya sea en el ámbito prehospitalario, las salas de emergencias o las unidades de cuidados intensivos. La sepsis grave y el choque séptico se consideran como la causa principal de morbilidad y mortalidad en pacientes que ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos. Cada año, aproximadamente, 31 millones de personas sufren un episodio de sepsis. De estos, unos 6 millones de personas fallecen a causa de la sepsis.

## JUSTIFICACIÓN

La práctica de los cuidados ha ido cambiando a lo largo de la historia, ha pasado de ser considerado como un arte, a desarrollar un marco conceptual propio. Por lo tanto el Proceso de Enfermería se realiza con la finalidad de cubrir los principales patrones funcionales alterados del paciente durante su estancia hospitalaria realizando intervenciones independientes, dependientes e interdependientes con todo el equipo de salud con la única finalidad de proveer cuidados al paciente y ayudar en su mejoría.

Se ha establecido que el estado de choque corresponde a casi dos tercios de los casos que son tratados en las áreas críticas, ya sea en el ámbito prehospitalario, las salas de emergencias o las unidades de cuidados intensivos. La sepsis grave y el choque séptico se consideran como la causa principal de morbilidad y mortalidad en pacientes que ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos. Cada año, aproximadamente, 31 millones de personas sufren un episodio de sepsis. De estos, unos 6 millones de personas fallecen a causa de la sepsis.

El 70% de las mujeres con síntomas de infección urinaria (cistitis y pielonefritis) presentan bacteriuria, a lo cual se le conoce como bacteriuria sintomática, en condiciones normales la frecuencia se incrementa con la edad; se estima de 7% a los 60 años y 17% después de los 75 años. Son de las infecciones bacterianas más frecuentes en los adultos; se considera el 40 – 60% de mujeres por lo menos tendrán un episodio de infección del tracto urinario una vez en su vida, y 3 – 5% de todas las mujeres tendrán múltiples recurrencias. Cuando la infección se limita a las vías urinarias bajas y se presenta disuria, polaquiuria, urgencia y tenesmo vesical, se denomina cistitis. Cuando afecta las vías urinarias altas se denomina pielonefritis aguda que se define como la infección del parénquima renal de uno o ambos riñones, con significativa bacteriuria que se manifiesta por fiebre y dolor en la fosa renal.

La infección por CMV en países de desarrollo se presenta prácticamente en el 90% de la población adulta, sin embargo, solo desarrollarán síndrome clínico grave los pacientes con alteraciones específicas de los linfocitos T, principalmente pacientes trasplantados, con infección de VIH, pacientes con linfomas y/o leucemia y con inmadurez de la función celular.

La titulación es el proceso mediante el cual se culmina la formación del licenciado en Enfermería y se apega a los objetivos señalados en el Reglamento General de Exámenes en su artículo 18 “Los objetivos de las distintas opciones de titulación son: valorar en conjunto los conocimientos generales del sustentante en su carrera; que se demuestre la capacidad para aplicar los conocimientos adquiridos y que posee criterio profesional”. Para alcanzar tales objetivos y por consiguiente, la obtención del título, la carrera de enfermería ha postulado 12 diferentes opciones de titulación. Sin réplica oral: Estudios de Posgrado en programas de maestría impartidos por la UNAM, ampliación y profundización de conocimientos, titulación por estudios de posgrado, De créditos y alto nivel académico y Examen general de conocimientos. Con réplica oral: Tesis, Tesina, Informe de servicio social, Actividad de investigación, Informe de la práctica profesional, Apoyo a la docencia y Proceso de enfermería. De acuerdo a lo

antes mencionado se optó por el Proceso de Enfermería para obtener el Grado de Licenciada en Enfermería por ser uno de los más importantes sustentos metodológicos de la práctica en Enfermería ya que se basa en actividades fundamentadas en el método científico y permite demostrar mis conocimientos y habilidades obtenidas durante mi formación profesional todo en beneficio del paciente.

## **OBJETIVOS**

- **General**

Aplicar cuidado integral a la paciente con Choque Hipovolémico + Choque Séptico + Pielonefritis + Cistitis + Viremia por Citomegalovirus a través de la metodología del Proceso de enfermería mediante la valoración de los 11 patrones funcionales de Margory Gordon.

- **Específicos**

- Identificar los Diagnósticos de Enfermería Reales (NANDA) basados en la valoración y la fisiopatología de la enfermedad.
- Planear las intervenciones de Enfermería basadas en los resultados (NOC) esperados
- Aplicar las intervenciones de Enfermería (NIC) a la paciente con Choque Hipovolémico + Choque Séptico + Pielonefritis + Cistitis + Viremia por Citomegalovirus con sustento científico.

## ETAPA DE VALORACIÓN

### • MARCO TEORÍCO

#### SISTEMA CIRCULATORIO

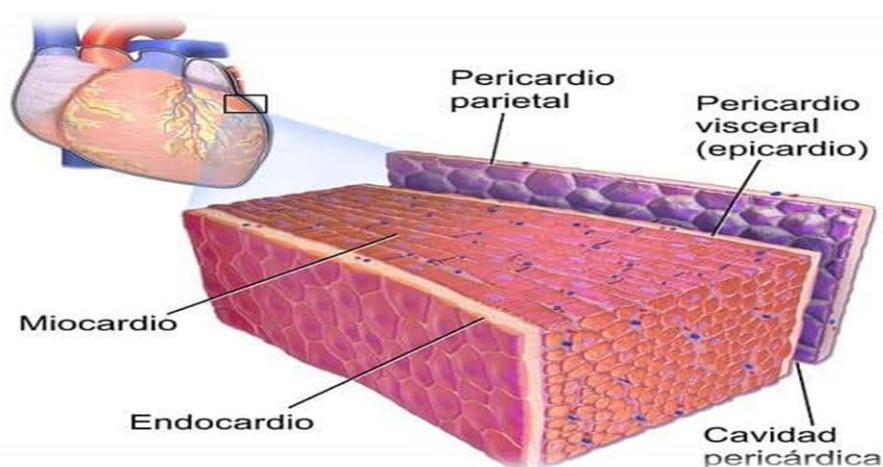
El sistema cardiovascular está formado por el corazón y los vasos sanguíneos: arterias, venas y capilares. Se trata de un sistema de transporte en el que una bomba muscular (el corazón) proporciona la energía necesaria para mover el contenido (la sangre), en un circuito cerrado de tubos elásticos (los vasos).

#### Anatomía

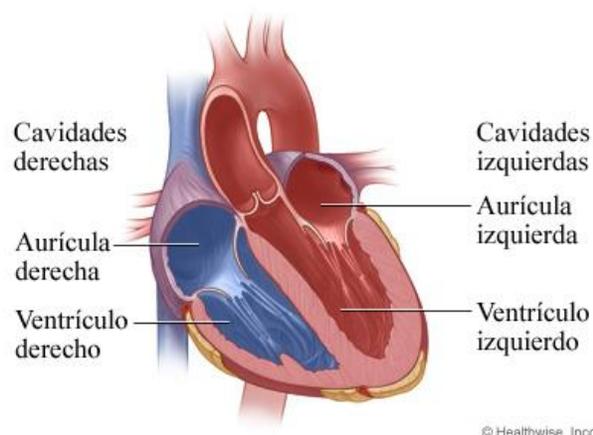
**Corazón:** El corazón es un órgano musculoso formado por 4 cavidades. Su tamaño es parecido al de un puño cerrado y tiene un peso aproximado de 250 y 300 g. Está situado en el interior del tórax, por encima del diafragma, en la región denominada mediastino, que es la parte media de la cavidad torácica localizada entre las dos cavidades pleurales. Casi dos terceras partes del corazón se sitúan en el hemitórax izquierdo. El corazón tiene forma de cono apoyado sobre su lado, con un extremo puntiagudo, el vértice, de dirección anteroinferior izquierda y la porción más ancha, la base, dirigida en sentido posterosuperior. La membrana que rodea al corazón y lo protege es el pericardio, el cual impide que el corazón se desplace de su posición en el mediastino, al mismo tiempo que permite libertad para que el corazón se pueda contraer. El pericardio consta de dos partes principales, el pericardio fibroso y el seroso. Entre las hojas parietal y visceral hay un espacio virtual, la cavidad pericárdica, que contiene una fina capa de líquido seroso, el líquido pericárdico, que reduce la fricción entre las capas visceral y parietal durante los movimientos del corazón.

La pared del corazón está formada por tres capas:

- Una capa externa, denominada epicardio, que corresponde a la capa visceral del pericardio seroso.
- Una capa intermedia, llamada miocardio, formada por tejido muscular cardíaco.
- Una capa interna, denominada endocardio, la cual recubre el interior del corazón y las válvulas cardíacas y se continúa con el endotelio de los granos vasos torácicos que llegan al corazón o nacen de él.



Aurícula derecha	Ventrículo Derecho	Aurícula Izquierda	Ventrículo Izquierdo
<p>Cavidad estrecha, de paredes delgadas, que forma el borde derecho del corazón y está separada de la aurícula izquierda por el tabique interauricular. Recibe sangre de tres vasos, la vena cava superior e inferior, y el seno coronario. La sangre fluye de la aurícula derecha al ventrículo derecho por el orificio aurículoventricular derecho, donde se sitúa la válvula tricúspide.</p>	<p>Cavidad alargada de paredes gruesas, forma la cara anterior del corazón. El tabique interventricular lo separa del ventrículo izquierdo. El interior del ventrículo derecho presenta unas elevaciones musculares denominadas trabéculas carnosas. Las cúspides de la válvula tricúspide están conectadas entre sí por las cuerdas tendinosas que se unen a los músculos papilares. Las cuerdas tendinosas impiden que las valvas sean arrastradas al interior de la aurícula cuando aumenta la presión ventricular. La sangre fluye del ventrículo derecho a través de la válvula semilunar 4 pulmonar hacia el tronco de la arteria pulmonar.</p>	<p>Cavidad rectangular, recibe sangre de los pulmones a través de las cuatro venas pulmonares, que se sitúan a la cara posterior, dos a cada lado. La cara anterior y posterior de la pared de la aurícula izquierda es lisa debido a que los músculos pectíneos se sitúan exclusivamente en la orejuela. La sangre pasa de esta cavidad al ventrículo izquierdo a través del orificio aurículoventricular izquierdo, recubierto por una válvula que tiene dos cúspides (válvula mitral (o bicúspide)).</p>	<p>Esta cavidad constituye el vértice del corazón, casi toda su cara y borde izquierdo y la cara diafragmática. Su pared es gruesa y presenta trabéculas carnosas y cuerdas tendinosas, que fijan las cúspides de la válvula a los músculos papilares. La sangre fluye del ventrículo izquierdo a través de la válvula semilunar aórtica hacia la arteria aorta.</p>



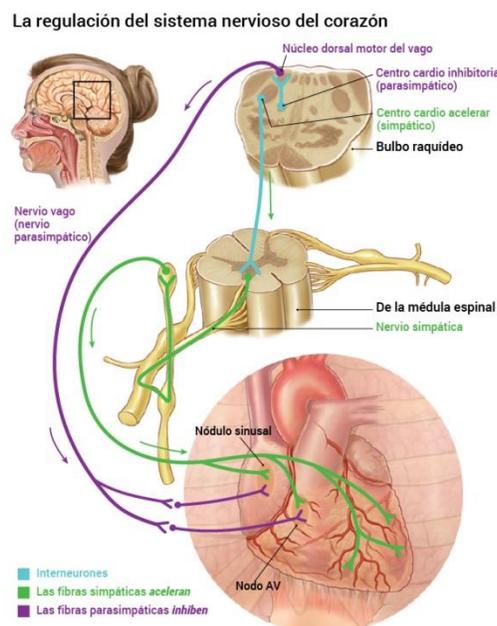
© Healthwise, Incorporated

El corazón está inervado por fibras nerviosas autónomas, tanto del sistema parasimpático como del sistema simpático, que forman el plexo cardíaco. Las ramas del plexo cardíaco inervan el tejido de conducción, los vasos sanguíneos coronarios y el miocardio auricular y ventricular. Las fibras simpáticas proceden de los segmentos medulares cervical y torácico. La inervación parasimpática deriva de los nervios vagos o X par craneal.

Irrigación: En la parte inicial de la aorta ascendente nacen las dos arterias coronarias principales, la arteria coronaria derecha y la arteria coronaria izquierda. Estas arterias se ramifican para poder distribuir la sangre oxigenada a través de todo el miocardio. La sangre no oxigenada es drenada por venas que desembocan el seno coronario, la cual desemboca en la aurícula derecha. El seno coronario se sitúa en la parte posterior del surco auriculoventricular.

El miocardio o músculo cardíaco está formado por fibras musculares estriadas más cortas y menos circulares que las fibras del músculo esquelético. Presentan ramificaciones, que se conectan con las fibras vecinas a través de engrosamientos transversales de la membrana celular o sarcolema, denominados discos intercalares. Estos discos contienen uniones intercelulares que permiten la conducción de potenciales de acción de una fibra muscular a las otras vecinas.

Sistema de conducción cardíaco: Cada latido cardíaco se produce gracias a la actividad eléctrica inherente y rítmica de un 1% de las fibras musculares miocárdicas, las fibras autorríticas o de conducción. Estas fibras son capaces de generar impulsos de una forma repetida y rítmica, y actúan como marcapasos estableciendo el ritmo de todo el corazón, y forman el sistema de conducción cardíaco. El sistema de conducción garantiza la contracción coordinada de las cavidades cardíacas y de esta forma el corazón actúa como una bomba eficaz.



El nódulo sinusal, localizado en la pared de la aurícula derecha, por debajo de desembocadura de la vena cava superior. Cada potencial de acción generado se propaga a las fibras miocárdicas de las aurículas.

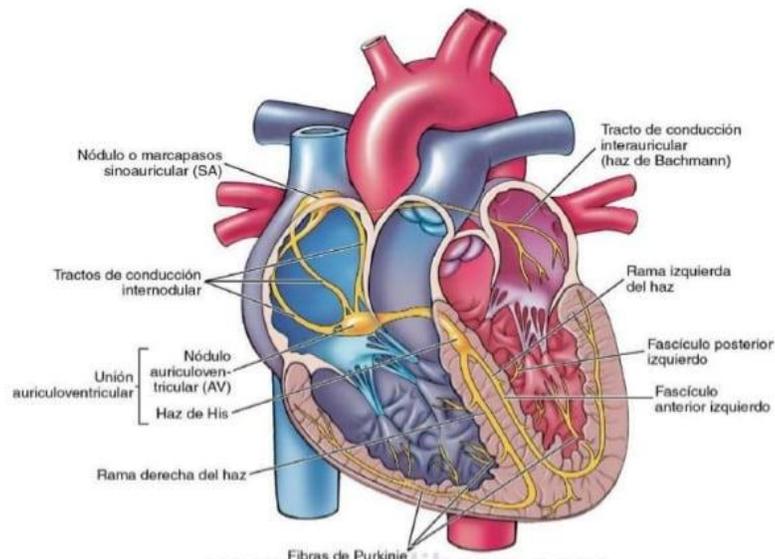
El nódulo auriculoventricular (AV) se localiza en el tabique interauricular. Los impulsos de las fibras musculares cardíacas de ambas aurículas convergen en el nódulo AV, el cual los distribuye a los ventrículos

haz de His o fascículo auriculoventricular, que es la única conexión eléctrica entre las aurículas y los ventrículos

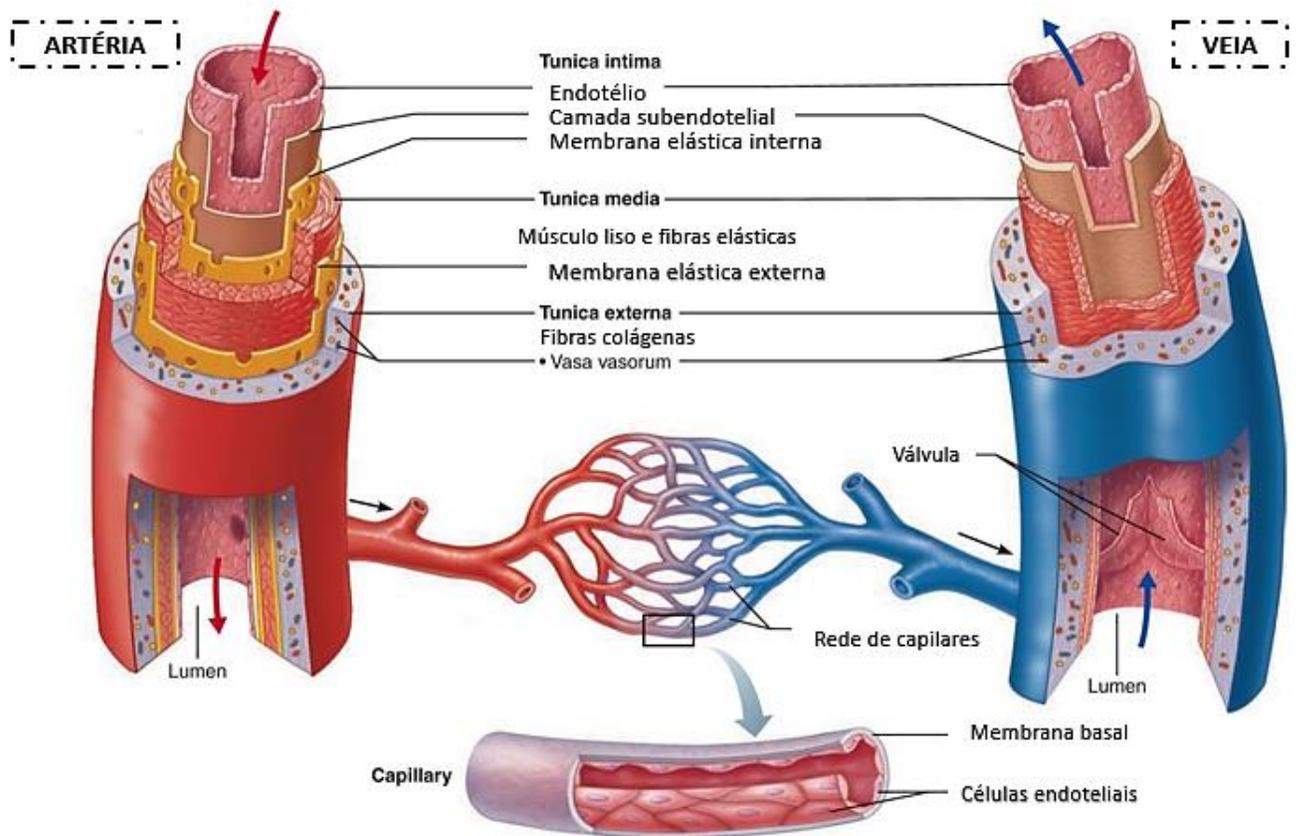
El fascículo auriculoventricular se dirige hacia la porción muscular del tabique interventricular y se divide en sus ramas derecha e izquierda del haz de His, a través del tabique interventricular siguen en dirección hacia el vértice cardíaco y se distribuyen a lo largo de toda la musculatura ventricular

Por último, el plexo subendocárdico terminal o fibras de Purkinje conducen rápidamente el potencial de acción a través de todo el miocardio ventricular

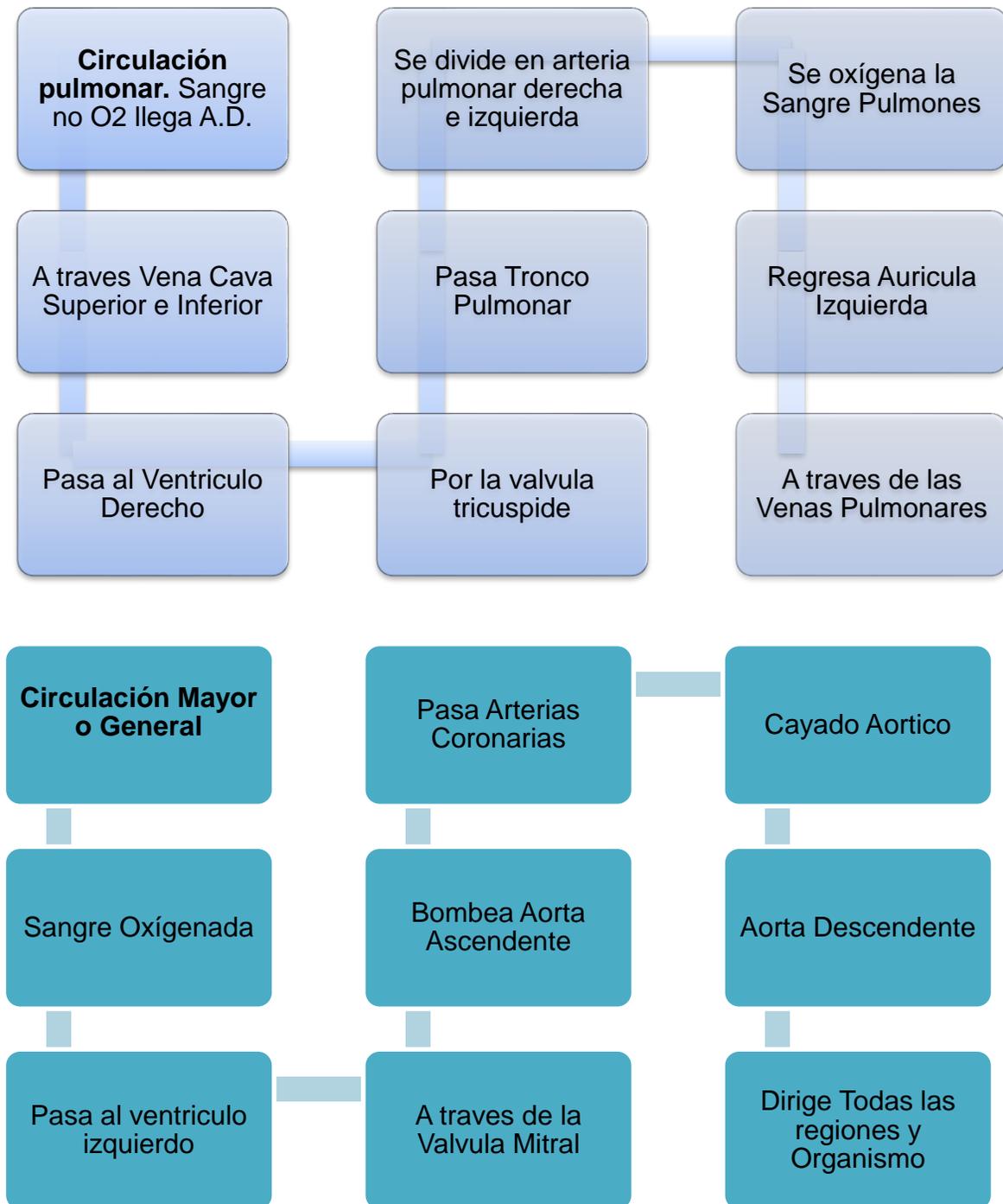
### Sistema de conducción eléctrica del corazón.



**Vasos Sanguíneos:** Los vasos sanguíneos forman una red de conductos que transportan la sangre desde el corazón a los tejidos y desde los tejidos al corazón. Las arterias son vasos que distribuyen la sangre del corazón a los tejidos. Las arterias se ramifican y progresivamente en cada ramificación disminuye su calibre y se forman las arteriolas. En el interior de los tejidos las arteriolas se ramifican en múltiples vasos microscópicos, los capilares que se distribuyen entre las células. Los capilares se unen en grupos formando venas pequeñas, llamadas vénulas, que se fusionan para dar lugar a venas de mayor calibre. Las venas retornan la sangre al corazón.



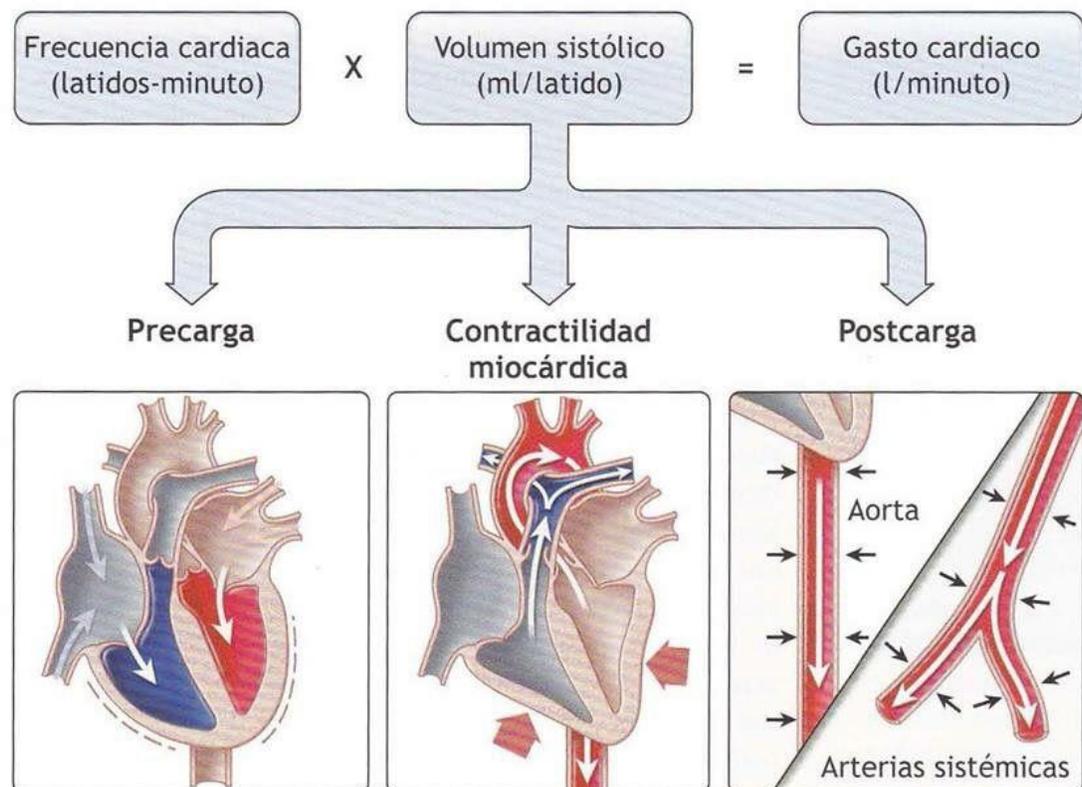
## Fisiología



Funcionalmente el corazón consta de dos tipos de fibras musculares: las contráctiles y las de conducción. Su función no es la contracción muscular sino la generación y propagación rápida de los potenciales de acción sobre todo el miocardio. Las contracciones del músculo cardíaco están generadas por estímulos eléctricos regulares que se generan de forma automática en el nódulo sinusal. La llegada de un impulso a una fibra miocárdica normal genera un potencial de acción.

Un ciclo cardíaco incluye todos los fenómenos eléctricos (potencial de acción y su propagación) y mecánicos (sístole: contracción; diástole: relajación) que tienen lugar durante cada latido cardíaco. El término sístole hace referencia a la fase de contracción y el término diástole a la fase de relajación. Cada ciclo cardíaco consta de una sístole y una diástole auricular, y una sístole y una diástole ventricular. En cada ciclo, las aurículas y los ventrículos se contraen y se relajan de forma alternada, moviendo la sangre de las áreas de menor presión hacia las de mayor presión.

El gasto cardíaco o volumen minuto es el volumen de sangre que expulsa el ventrículo izquierdo hacia la aorta minuto. Es quizás el factor más importante a considerar en relación con la circulación, porque de él depende el transporte de sustancias hacia los tejidos. Equivale a la cantidad de sangre expulsada por el ventrículo durante la sístole (volumen sistólico) multiplicado por el número de latidos por minuto (frecuencia cardíaca).

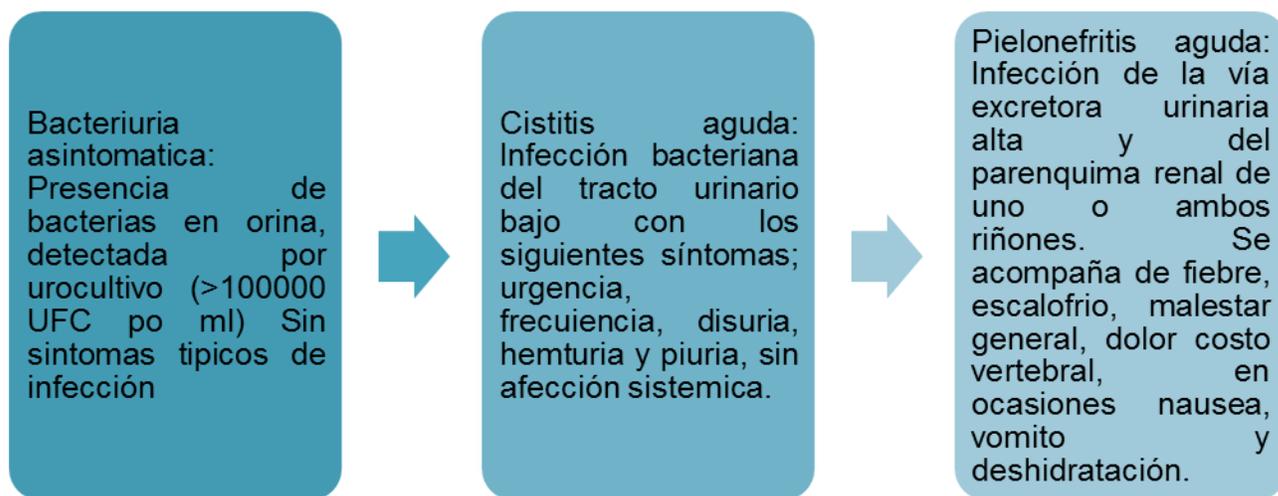


## INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO

### Concepto

La infección urinaria, infección de orina o infección del tracto urinario (ITU), es la existencia de gérmenes patógenos en la orina por infección de la vejiga o el riñón. Los síntomas que acompañan a una infección de orina varían de acuerdo al sitio de infección, pero también pueden cursar asintomáticas.

Se clasifica de acuerdo al sitio de proliferación de las bacterias.



### Diagnostico

CISTITIS	PIELONEFRITIS
<p>El diagnóstico puede realizarse a través de datos clínicos (disuria, polaquiuria, urgencia urinaria, piuria y hematuria).</p> <p>La presencia de descarga vaginal anormal, disminuye la sensibilidad de los datos clínicos.</p> <p>En mujeres que presentan presencia de descarga vaginal y datos clínicos de cistitis y además ardor, se debe considerar el examen pélvico para tratamiento inicial de vaginitis.</p>	<p>Se deben considerar los siguientes datos clínicos Fiebre &gt;38°, Náuseas, Vómito, Dolor lumbar, hiperestesia en Angulo costovertebral.</p> <p>Toma de urocultivo con técnica de chorro medio y como punto de corte 10 UFC/ml</p> <p>En pacientes que continúan febriles después de 72 horas de tratamiento, evaluación del tracto urinario superior con ultrasonido para descartar factores que compliquen la enfermedad, como obstrucción urinaria y litiasis uretral.</p> <p>Realizar ecografía en pacientes con D.M., alteraciones de la inmunidad, problemas de vaciamiento de vejiga y la posibilidad de lesión renal subyacente.</p>

## Tratamiento

CISTITIS	PIELONEFRITIS
<p data-bbox="230 205 883 315">La etiología es principalmente E.Coli y debe tratarse en base del cultivo y sensibilidad reportada.</p> <p data-bbox="230 346 883 493">El tratamiento de elección: Nitrofurantoina 100 mg Vía Oral. Cada 6 horas por 7 días, Amoxicilina 500 mg Vía Oral. Cada 8 horas por 7 días</p>	<p data-bbox="883 205 1533 388">Realizar cultivos de orina y prueba de sensibilidad antes de iniciar antibiótico. La terapia empírica inicial debe adaptarse sobre la base de patrones de resistencia antibiótica.</p> <p data-bbox="883 420 1533 640">Se recomienda hospitalización en pacientes: Estado de choque, deshidratación. Intolerancia a la vía oral relacionados con náuseas y vómitos, ausencia de mejoría de tratamiento después de 72 horas.</p> <p data-bbox="883 672 1533 934">Se recomienda para el tratamiento antibiótico hospitalario la utilización de los siguientes regímenes antibióticos, para evitar una resistencia: Fluoroquinolonas, Aminoglucósidos con o sin penicilina, Cefalosporina de espectro extendido o Penicilina o un Carbapenem.</p> <p data-bbox="883 966 1533 1155">En los pacientes con Pielonefritis aguda no complicada sin deshidratación la primera línea es la Fluoquinolonas; Ciprofloxacino 1 gr o Levofloxacino 750 mg cada 24 horas por 5 y 7 días respectivamente.</p> <p data-bbox="883 1186 1533 1333">Se recomienda iniciar una dosis empírica con Ceftriaxona o Aminoglucósido en un área de resistencia a E.Coli y Fluoquinolonas.</p> <p data-bbox="883 1365 1533 1554">Se recomienda continuar con betalactamico solo si el patógeno es susceptible por 10 a 14 días y dar dosis de optimización con Ceftriaxona o Aminoglucósido.</p> <p data-bbox="883 1585 1533 1732">En hombres se recomienda el uso de antibiótico por solo 2 semanas por el riesgo de la Fluoquinolona penetre en el fluido prostático.</p>

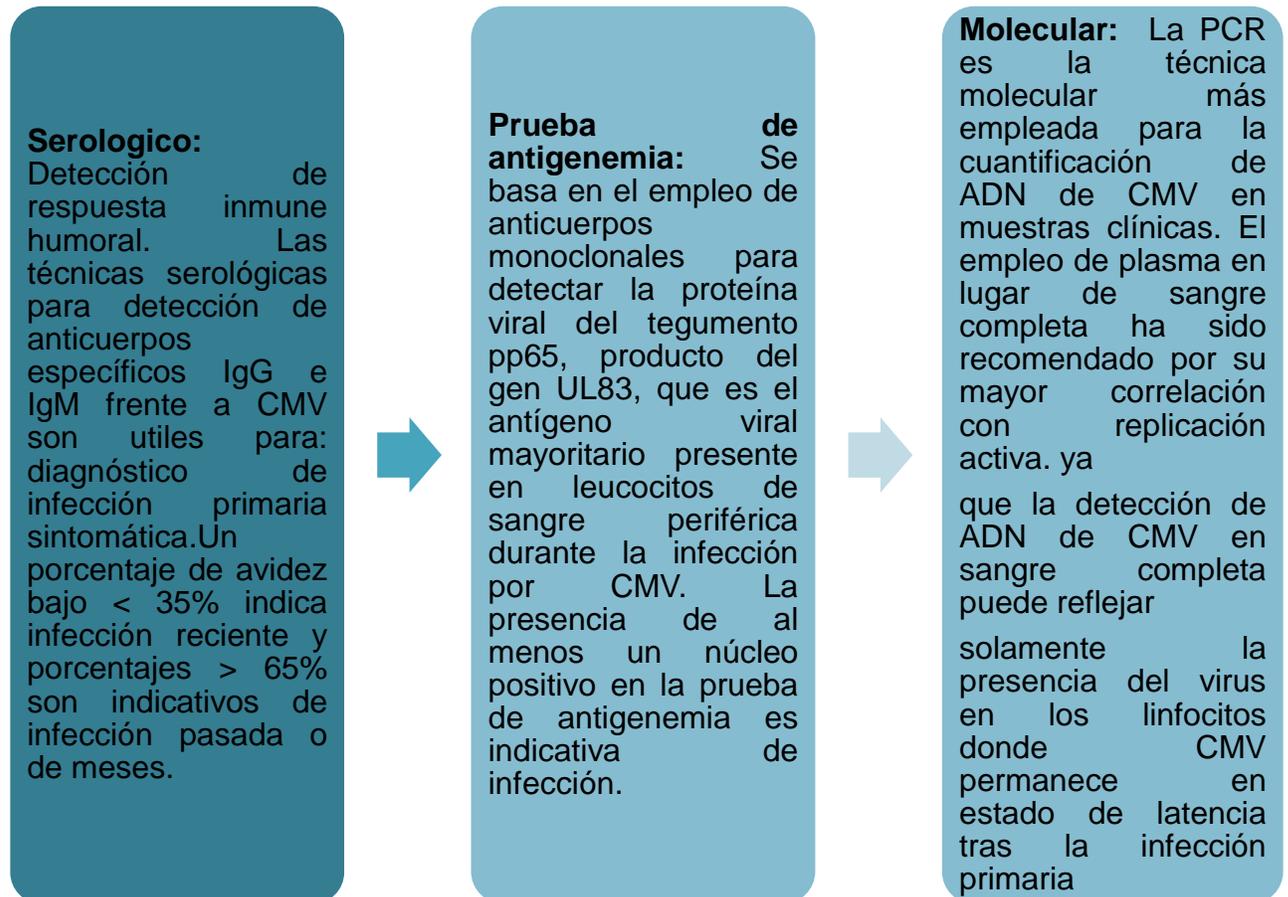
## VIREMIA POR CITOMEGALOVIRUS

### Concepto

Citomegalovirus es un virus DNA de doble cadena que pertenece a la familia herpes virus. La infección en humanos es un balance que se mantiene entre el sistema inmune y la replicación viral en la que permanece el virus latente en leucocitos y otras células epiteliales en forma latente.

La prevalencia de infección por CMV es muy elevada en la población general. En individuos inmunocompetentes, la infección suele cursar de manera asintomática o con sintomatología leve. Tras la primoinfección, el virus pasa a un estado de latencia de por vida, pudiendo aparecer infecciones recurrentes (reactivaciones y reinfecciones) en determinadas situaciones. En inmunodeprimidos, pacientes trasplantados, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o en infección congénita se comporta como un patógeno oportunista, causando enfermedad y secuelas graves e incluso la muerte.

### Diagnóstico



## Tratamiento

En pacientes con trasplante renal e infección por CMV el tratamiento de elección es ganciclovir por vía intravenosa a dosis de 5 mg/kg/dosis cada 12 horas por 14 días. Si existe infección del tubo digestivo o globo ocular o daño en el Sistema Nervioso Central se debe prolongar hasta 21 días. En pacientes renales las dosis se deben ajustar de acuerdo a la depuración de creatinina.

En pacientes con trasplante de órgano sólido con manifestaciones clínicas leves (fiebre o síndrome vírico no grave) puede plantearse el tratamiento con valganciclovir por vía oral.

Para el tratamiento de infección por CMV resistente a ganciclovir se puede utilizar como alternativa Foscarnet.

La eficacia profiláctica de la IG – CMV tiene efecto inmunomodulador y reduce la carga viral materna, la inflamación placentaria y mejora la oxigenación y oxigenación fetal.

## CHOQUE

### Concepto

El choque se define como una situación de hipoperfusión tisular generalizada en la cual el aporte de oxígeno a nivel celular resulta inadecuado para satisfacer las demandas metabólicas.

### Clasificación

<b>Hipovolémico</b>	<b>Cardiogénico</b>	<b>Distributivo</b>	<b>Obstrutivo</b>
Disminución del volumen intravascular.	Disminución de la contractibilidad	Vasodilatación, disminución de la precarga, mala distribución regional.	Obstrucción al flujo ventricular
<b>ETIOLOGÍA</b>			
Hemorrágico No Hemorrágico: Perdidas gastrointestinales, pérdidas renales.	Problemas de contractibilidad Enfermedades valvulares Miocardiopatía obstructiva Arritmias	Séptico. Neurogénico. Anafiláctico. Crisis suprarrenal.	Taponamiento cardíaco. Neumotórax a tensión. Embolia pulmonar. Hipertensión Pulmonar grave

## Choque Hipovolémico

Es un síndrome de etiología multifactorial, tiene en común la reducción del volumen sanguíneo. Está desencadenado por una inadecuada perfusión aguda sistémica debido a un desequilibrio entre demanda y oferta de oxígeno a los tejidos por aporte inadecuado o mala utilización a escala celular, que lleva a hipoxia tisular y a disfunción de órganos vitales determinado por una reducción del volumen sanguíneo circulante.

## Epidemiología

Se ha establecido que el estado de choque corresponde a casi dos tercios de los casos que son tratados en las áreas críticas, ya sea en el ámbito prehospitalario, las salas de emergencias o las unidades de cuidados intensivos.

## Etiología

Hemorrágico: Sangrado de tubo digestivo, sangrado de vías respiratorias (tuberculosis), la hematuria masiva (cáncer de próstata, cistitis hemorrágica), Cuagulopatías (hemofilia, trombocitopenias, sobre anticoagulación) y traumas (este último es la causa más frecuente de choque hipovolémico).

No Hemorrágico: Pérdida de líquidos vía gastrointestinal (vómito y diarrea), uresis incrementada (uso de diurético), fuga a tercer espacio (ascitis)

## Clasificación

HEMORRAGIAS	DEPLECIÓN DE FLUIDOS
<b>Internas:</b> Traumáticas, rotura de vasos o viseras macizas, complicaciones del embarazo (Ectópico), alteraciones de la coagulación. <b>Externas:</b> Pulmonares, gastrointestinales (ulceras, varices) traumatológicas, renal (infecciones, tumores)	<b>Pérdidas externas:</b> Vómitos, diarreas, cutáneas por quemaduras, poliurias (diuréticos, Diabetes) <b>Pérdidas internas:</b> Pancreatitis, oclusión intestinal, ascitis, edemas generalizados por quemaduras

	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV
<b>Perdida Sanguínea</b>	<1000 cc	1000 – 1500 cc	1500 – 2000 cc	>2000 cc
<b>Frecuencia Cardíaca</b>	<100	>100	>120	>140
<b>Llenado capilar</b>	Normal	= 2 Seg.	> 2 Seg	> 2 Seg.
<b>Tensión Arterial</b>	Normal	Hipotenso	Baja	Baja
<b>Gasto Urinario ml/hr</b>	>30	20 – 30	15 – 20	Anuria
<b>Estado Mental</b>	Normal	Agitado	Confuso	Letargia

## **Signos y Síntomas**

- Hipotensión arterial o reducción en 30 mmHg de las cifras previas de tensión.
- La presencia de hipotensión ortostática (disminución de 10 mmHg o más en la tensión sistólica cuando el paciente se incorpora) indica pérdida de 1 litro de sangre o más.
- Sudoración profusa.
- Piel fría y pegajosa.
- Palidez cutánea mucosa.
- Sangrado externo visible.
- Taquicardia.
- Pulso radial débil y filiforme.
- Polipnea superficial.
- Oliguria u oligoanuria.
- Reacción peritoneal.
- Cianosis distal.
- Llenado capilar pobre.
- Lividez (vasoconstricción periférica).
- Zonas de trauma, heridas y/o fracturas.

## **Choque Séptico**

Sepsis grave con hipotensión que no responde a la reanimación con líquidos.

## **Epidemiología**

La sepsis grave y el choque séptico se consideran como la causa principal de morbilidad y mortalidad en pacientes que ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos. Cada año, aproximadamente, 31 millones de personas sufren un episodio de sepsis. De estos, unos 6 millones de personas fallecen a causa de la sepsis. En los países de bajos y medianos ingresos la carga de la sepsis es más elevada y representa una de las causas principales de muerte maternal y neonatal. Pese a ello, resulta muy difícil hacer una valoración de la carga de enfermedad a nivel mundial debido a las limitaciones en el diagnóstico y la notificación.

## **Etiología**

Cualquier paciente tiene riesgo de desarrollar sepsis, este se incrementa en los extremos de la vida <1 y >60 años, en pacientes inmunocomprometidos, con presencia de enfermedades subyacentes, uso previo de antibióticos, resistencia bacteriana hospitalaria, procedimientos invasivos, heridas y traumatismos, adicciones (alcohol y drogas).

## Clasificación SOFA

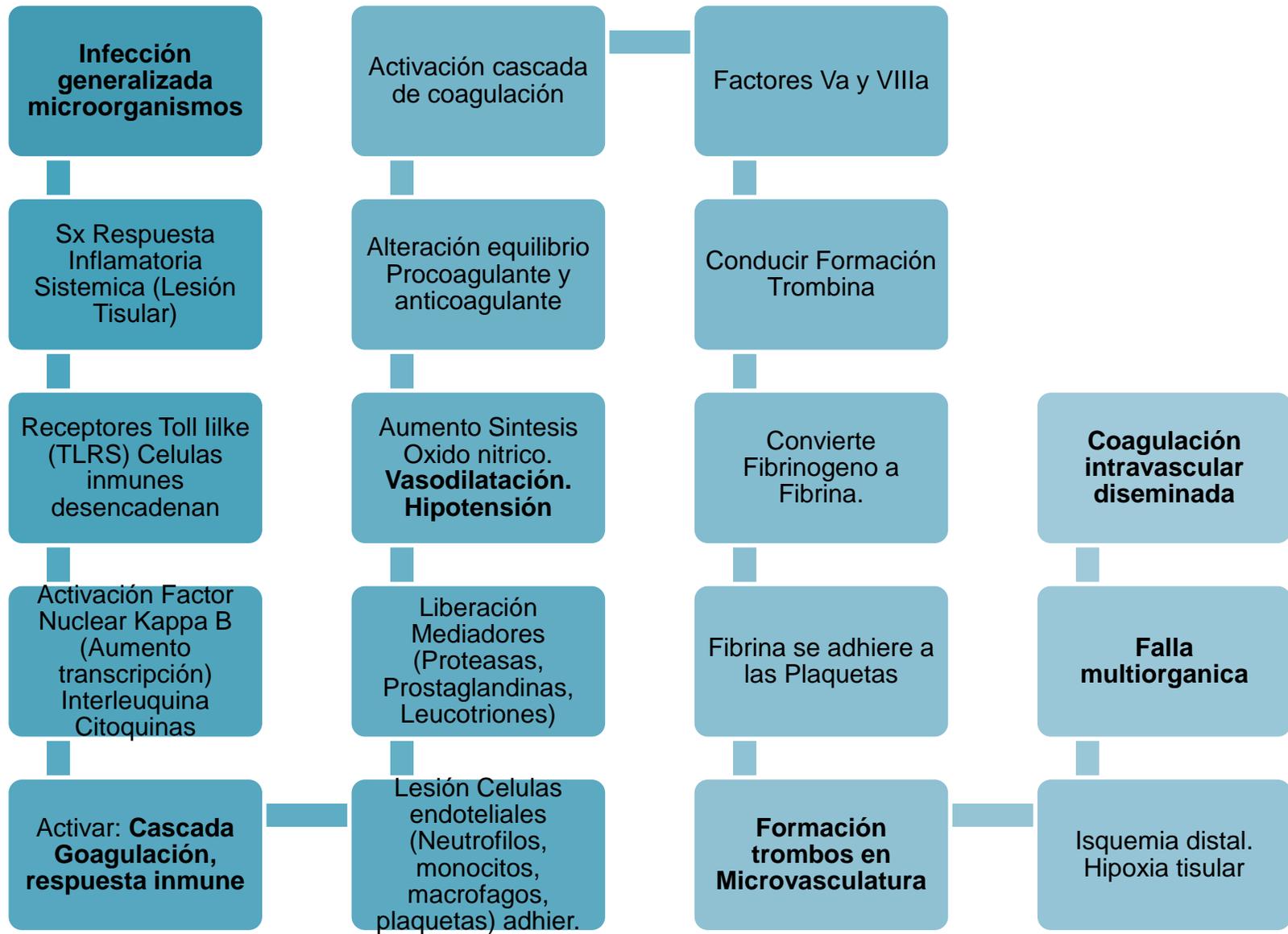
Sistemas	0	1	2	3	4
Respiración PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> (mm/Hg)	>400	<400	<300	<200 con soporte respiratorio	<100 con soporte respiratorio
Coagulación Plaquetas	>150	<150	<100	<50	<20
Hígado Bilirrubinas (mg/dL)	<1.2	1.2 – 1.9	2.0 – 5.9	6.0 – 11.9	>12
Cardiovascular PAM o su manejo (mmHg)	>70	<70	Dopamina <5 Dobutamina (cualquier dosis)	Dopamina 5.1 – 15 Epinefrina >0 – 10 Nore 0 – 1	Dopamina >15 Epinefrina >0,1 o norepinefrina >0,1
SNC Escala Glasgow	15	13 – 14	10 – 12	6 – 9	<6
Renal Creatinina Gato urinario	1 - 2	1.2 – 1.9	2 – 3.4	3.5 – 4.9 <500	>5 <200

El SOFA es el acrónimo en inglés de Sequential Organ Failure Assessment score. Evalúa la función y disfunción global de cada sistema orgánico. Cada uno de los órganos es puntuado de 0 a 4. La puntuación es la suma de todas las evaluaciones aisladas de los órganos. Una puntuación diferente de cero y menor de 3 se evalúa como disfunción orgánica, mientras que puntuaciones superiores indican fallo orgánico.

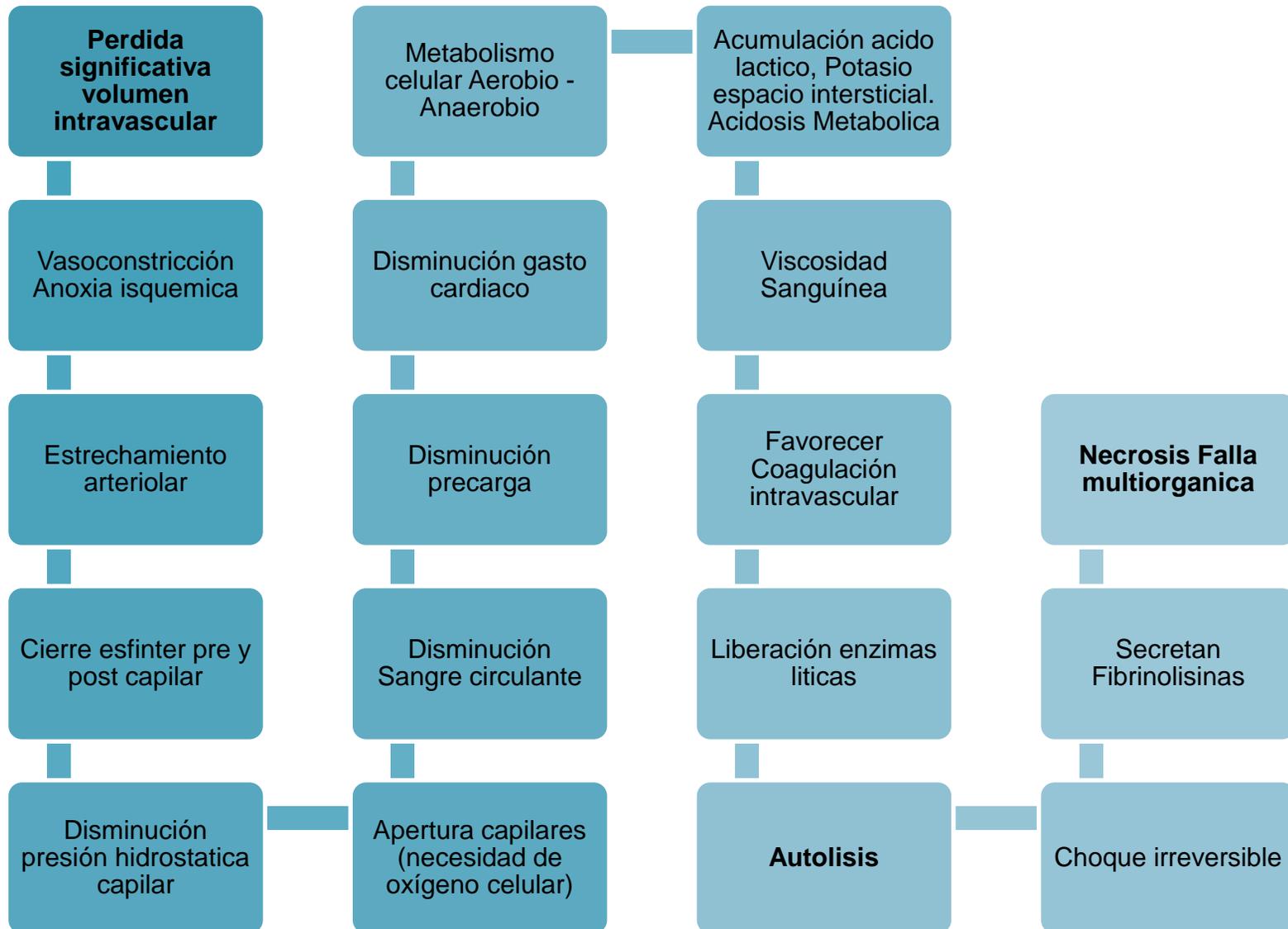
### Signos y Síntomas

- Falla circulatoria aguda relacionada por hipotensión persistente PAM <60 mm Hg o descenso de <40 mm Hg de la basal
- Leucocitosis >12000 o Leucopenia <4000
- En ausencia de Diabetes, Hiperglucemia con valores séricos >120 mg/dL.
- Proteína C reactiva > 50 mg/L
- Hiperlactacidemia > 1 mmol/L
- Incremento INR >1.5 o TTPa >60

- **Fisiopatología**



• FISIOPATOLOGÍA



## Diagnóstico

Choque hipovolémico	Choque Séptico
<p>Hipotensión arterial o reducción en 30 mmHg de las cifras previas de tensión. La presencia de hipotensión ortostática (disminución de 10 mmHg o más en la tensión sistólica cuando el paciente se incorpora) indica pérdida de 1 litro de sangre o más.</p> <p>Hemoglobina y hematocrito: Normal o disminuido en las hemorragias agudas.</p> <p>Grupo y factor. Coagulo grama.</p> <p>Gasometría: Inicialmente: Alcalosis respiratoria con hiperventilación compensatoria; progresivamente: acidosis metabólica con hiperventilación que no compensa; y finalmente: acidosis mixta con hipercapnia, hipoxemia.</p> <p>La tonometría gástrica se puede considerar una medida útil de lo adecuado de la resucitación, pues cuando el pH se mantiene por debajo de 7,24 aunque el lactato arterial y los parámetros hemodinámicos sean normales, significa que el paciente se está resucitado insuficientemente y persiste la hipoperfusión asplácica.</p> <p>Ultrasonido (UTS) abdominal: Si se sospecha causa intraabdominal o desconocida del shock.</p> <p>Laparoscopia si UTS no concluyente. Radiografía de tórax, en especial en traumatizados.</p> <p>Tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen, si se considera necesario.</p>	<p>Falla circulatoria aguda relacionada por hipotensión persistente PAM &lt;60 mm Hg o descenso de &lt;40 mm Hg de la basal</p> <p>Leucocitosis &gt;12000 o Leucopenia &lt;4000</p> <p>En ausencia de Diabetes, Hiperglucemia con valores séricos &gt;120 mg/dL.</p> <p>Proteína C reactiva &gt; 50 mg/L</p> <p>Hiperlactacidemia &gt; 1 mmol/L</p> <p>Incremento INR &gt;1.5 o TTPa &gt;60</p> <p>Se debe realizar toma de hemocultivo antes de realizar terapia antimicrobiana</p>

## Tratamiento

<b>Choque Hipovolémico</b>	<b>Choque Séptico</b>
<p>El abordaje y tratamiento de un paciente con choque hipovolémico debe seguir el orden del ABCDE de trauma.</p> <p>Primero se debe tener adecuada disponibilidad de oxígeno (vía aérea permeable). Oxigenoterapia por catéter nasal a 7-8 l/minutos o máscara facial a 15 l/minuto.</p> <p>La ventilación mecánica está indicada en pacientes con disnea severa, hipoxemia o acidemia persistente (pH &lt; 7.30).</p> <p>Reposición de la volemia: - La reanimación inicial debe ser intensa en las primeras 24 horas con líquidos, para mantener una PAM y un flujo cardiaco. Se recomienda iniciar con soluciones cristaloides &gt;1000 ml o coloides de 300 a 500ml, en un lapso de 30 min. Y ajustar de acuerdo a las metas hemodinámicas. En caso de falla cardiaca habrá que disminuir la velocidad de administración.</p> <p>Una vez resuelta la hipoperfusión. Se recomienda la trasfusión de concentrados eritrocitarios, cuando la Hb se encuentre por debajo de 7 g/dL. El objetivo es mantener de 7 – 9 g/dL.</p> <p>La trasfusión de plaquetas debe realizarse cuando el conteo sea &lt;5000/mm<sup>3</sup>, cuando exista hemorragia y la cuenta sea de 5000 a 3000 mm<sup>3</sup>.</p> <p>Si con la reanimación de líquidos no se logran las metas. Se recomienda iniciar la administración de vasopresores. El vasopresor de primera elección es la dopamina o norepinefrina. La dopamina no debe utilizarse a dosis bajas para mantener la función renal. Si no hay respuesta se puede utilizar vasopresina más norepinefrina para obtener un efecto equivalente a dosis altas de norepinefrina.</p>	<p>REANIMACIÓN INICIAL.</p> <p>En la reanimación desde una hipoperfusión inducida por sepsis, se administren al menos 30 ml/kg de cristaloides intravenosos dentro de las primeras 3 horas, después de la reanimación inicial con líquidos, se administren más líquidos según la revaloración frecuente del estado hemodinámico.</p> <p>Obtención de cultivos microbiológicos de rutina adecuados (incluso de sangre) antes de comenzar el tratamiento antibiótico en pacientes con sospecha de sepsis o choque septicémico si esto no demorara sustancialmente el inicio de los antibióticos.</p> <p>Iniciar el tratamiento intravenoso con antibióticos tan pronto como sea posible después de la confirmación de la sepsis y el choque septicémico y en el plazo máximo de una hora; tratamiento empírico de amplio espectro con uno o más antibióticos para los pacientes que se presentan con sepsis o choque septicémico a fin de cubrir todos los patógenos probables (carbapenémico de amplio espectro (p. ej., meropenem, imipenem, cilastatina o doripenem) o una combinación de penicilina de rango extendido e inhibidores de los betalactámicos (p. ej., piperacilina y tazobactam o ticarcilina y clavulanato). Duración de 7 a 10 días para el tratamiento antibiótico.</p> <p>Uso de norepinefrina como el vasopresor de elección. Agregado de vasopresina (hasta 0.3 U/min). Uso de dopamina como un agente vasopresor alternativo a la norepinefrina únicamente en pacientes altamente seleccionados (p. ej., pacientes con bajo riesgo de taquiarritmias y bradicardia absoluta o relativa). Uso de dobutamina en pacientes que muestren evidencia de hipoperfusión persistente a</p>

Si la hipotensión persiste se recomienda usar Hidrocortisona de 200 a 300 mg/día. Por siete días divididas de tres a cuatro dosis por infusión continua. No exceder la dosis de 300 mg/día.

pesar de una sobrecarga de líquidos adecuada y el uso de agentes vasopresores

No utilizar hidrocortisona intravenosa para el tratamiento del choque septicémico si la rehidratación y un tratamiento vasopresor adecuados pueden restaurar la estabilidad hemodinámica. En el caso de que esto no pueda lograrse, sugerimos el uso de hidrocortisona intravenosa en una dosis de 200 mg por día

Administración de una transfusión de eritrocitos solo cuando la concentración de hemoglobina disminuya a  $< 7.0$  g/dl.

Transfusión profiláctica de plaquetas cuando los recuentos sean  $< 10\ 000/\text{mm}^3$  ( $10 \times 10^9 /\text{l}$ ) en ausencia de una hemorragia manifiesta y cuando los recuentos sean  $< 20\ 000/\text{mm}^3$  ( $20 \times 10^9 /\text{l}$ ) si el paciente tiene un riesgo importante de hemorragia. Los recuentos de plaquetas más elevados ( $\geq 50\ 000/\text{mm}^3$  [ $50 \times 10^9 /\text{l}$ ]) se recomiendan para la hemorragia activa, una cirugía o procedimientos invasivos

- **FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

<b>Fecha:</b> 13 – 04 -2021	<b>Fecha de Ingreso:</b> 28 – 03 – 2021	
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubiran		
<b>Nombre:</b> G. S. María del Pilar	<b>Edad:</b> 66 años	<b>Género:</b> Femenina
<b>No. De Seguridad Social:</b> EXP. 285379 TEMP. 1236282		
<b>Ocupación:</b> Ama de casa	<b>Escolaridad:</b> Primaria	<b>Religión:</b> Católica
<b>Diagnóstico Médico:</b> Choque Hipovolémico + Choque Séptico + Pielonefritis + Cistitis + Viremia por Citomegalovirus		
<b>Servicio:</b> Urgencias		

- **VALORACIÓN DE ENFERMERÍA CON BASE A LOS PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE MARJORY GORDON**

#### DATOS GENERALES

Paciente femenina G. S. María del Pilar, edad 66 años, escolaridad primaria, estado civil casada, cuenta con servicio de salud por parte del IMSS, por la emergencia Sanitaria fue llevada al INCMNSZ, diagnóstico médico: Choque Hipovolémico + Choque Séptico + Pielonefritis + Cistitis + Viremia por Citomegalovirus.

#### ANTECEDENTES

Antecedentes heredofamiliares:

Padre: Desconoce sus antecedentes

Madre: Falleció a los 70 años por Síndrome Coronario Agudo. Padecía Hipertensión Arterial Sistémica.

Hermanos: Tiene 6 hermanos, dos mujeres y cuatro hombres. Tres de sus hermanos fallecieron aparentemente por cardiopatía isquémica, desconoce la edad de fallecimiento. Tiene un hermano con diagnóstico Diabetes Mellitus Tipo II y otro con diagnóstico de cáncer de próstata.

Antecedentes Personales Patológicos: Probable Cardiopatía Reumática, Doble lesión aortica, Enfermedad Renal Crónica KDIGO 5 con trasplante de donador vivo, Urolitiasis no obstructiva, Hipotiroidismo y Enfermedad Crohn.

Padecimiento actual: Choque Hipovolémico + Choque Séptico + Pielonefritis + Cistitis + Viremia por Citomegalovirus.

## PATRONES FUNCIONALES

### - PATRÓN MANTENIMIENTO/PERCEPCIÓN DE LA SALUD

Los servicios públicos con los que cuenta la casa son: agua, luz, drenaje, servicio de recolección de basura y gas. Características de la vivienda: habita en casa propia, construida con materiales perdurables: tabiques. Higiene: Realiza baño y cambio de ropa diario, aseo dental después de cada comida, higiene de manos antes y después de cada comida y de ir al baño. Convivencia con animales: interrogado y negado. Refiere no estar en contacto con pacientes infectocontagiosas. Se niega la existencia de alteraciones físicas, de acuerdo a expediente electrónico se manifiesta trastorno depresivo desde hace 5 años. Existe interés en el usuario por su estado de salud. Niega automedicarse y afirma seguir el tratamiento médico: Prednisona 5 mg cada 24 horas. Tacrolimus 3 mg cada 12 horas, Mesalazina 1500 mh cada 12 horas y Levotiroxina 100 mcg cada 24 horas. Alergias: Penicilina. Tabaquismo activo desde los 20 años a razón de 20 cigarrillos diarios, actualmente consume 1 tabaco cada 3 días.

### - PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO

Estado físico actual:

Peso: 50 kg

Talla: 1.50 metros

Temperatura Corporal: 35.5°

Características:

Piel: Integra, pálida.

Cabello: Correcta implantación.

Uñas: largas y sucias.

Mucosas: deshidratada con halitosis

Dentadura: Completa, con caries en molares superiores izquierdas.

Indicios:

La paciente presenta anorexia por pérdida de peso de aproximadamente 5 kilos en un mes. Al ingreso presenta dolor abdominal tipo punzante en cuadrante inferior derecho. Se encuentra en Ayuno por indicación médica.

Durante el turno tiene un ingreso de 5 020 ml a través de soluciones parenterales y transfusiones:

Sol. Hartmann 3000 carga.

Hartmann 1000 a 40 ml/hr.

Glucosada 5% 100 ml aforadas + 8 mg Norepinefrina.

200 mg Hidrocortisona + Salina 0.9% 100 ml.

1 gr Vancomicina + Salina 0.9 % 100 ml.

500 mg Imipenem + Salina 0.9% 100 ml.

500 mg Metronidazol + Salina 0.9% 100 ml.

500 mg Vancomicina + Salina 0.9% 100 ml.

125 mg Ganciclovir + Glucosada 5% 100 ml.

3 Paquetes Globular 750 ml

1 Concentrado Eritrocitario 300 ml

#### - PATRÓN ELIMINACIÓN

Sonda Vesical a derivación uresis de características macroscópicas (amarillo ámbar sin sedimentación), Volumen urinario 0.2 ml/kg/hr. Se inicia infusión de furosemida 200 mg + Glucosada 5% 100 ml a 4 ml/hr. Presenta hematoquecia franca con coágulos 7 deposiciones cuantificadas. Ano con coágulos.

Total de egresos: 1000 ml

#### - PATRÓN ACTIVIDAD – EJERCICIO

Ruidos cardiacos de tono medio, ritmo regular, F.C. 75x, frecuencia de pulso 82x, T/A 70/40 mm/Hg. P.A.M. 22, llenado capilar de 3 seg. Sudoración Fría. Catéter Venoso central trilumen Subclavio derecho. Instalación 28 – 03 – 2021.

F.R. 16x Campos pulmonares hipoventilados, disnea, cianosis distal y peribucal, disociación toracoabdominal, disminución de la saturación de oxígeno 60%, oxigenoterapia con dispositivo de alto flujo con mascarilla reservorio a 15 litros por minuto. Paciente sedentaria.

#### - PATRÓN REPOSO/SUEÑO

Horas de sueño habituales en 24 horas son de 8, con 2 horas de descanso al día, no realiza ninguna actividad para conciliar el sueño, considera que la calidad del sueño es buena y confortable.

#### - PATRÓN COGNITIVO/PERCEPTUAL

Glasgow de 10 puntos, pupilas anisocóricas 1/2, hiporreflexicas. Paciente no cuenta con la capacidad para tomar decisiones.

#### - PATRÓN AUTOCONCEPTO/AUTOPERCEPCIÓN

La percepción que tiene la paciente sobre sí misma, es una mujer que ha perdido su estado de salud, se siente con temor y preocupación por su aspecto físico, refiere sentirse triste y sin ganas de continuar con vida.

#### - PATRÓN ROL/RELACIONES

Las personas con las que convive diariamente es su esposa y su hija, las cuales son las personas significativas. Refiere tener dificultades para desempeñar el rol que le corresponde por su problema de salud y tiene sentido de pérdidas. Presenta cambios en el estado de ánimo con mucha tristeza a diario.

- PATRÓN SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN

Genitales de acuerdo a edad y sexo, sin alteraciones en glándulas mamarias. Menarca a los 15 años, 1 parto. Niega cursar con enfermedades de transmisión sexual.

- PATRÓN AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS

La enfermedad que tiene la paciente afecta su estilo de vida puesto que se diagnosticó trastorno depresivo. Refiere que lleva años de un hospital a otro. Dentro del instituto se pide Interconsulta con Psiquiatría.

- PATRÓN VALORES/CREENCIAS

Religión católica. Sin conflictos sobre las creencias ni incapacidades para prácticas los hábitos religiosos.

- **EXPLORACIÓN FÍSICA**

Señora Pilar, palidez de tegumentos, sudoración fría, Glasgow de 10 puntos, cráneo normocéfalo, pupilas anisocóricas ½, hiporreflexicas, narinas permeables, oxigenoterapia con mascarilla reservorio a 15 litros por minuto, mucosa oral deshidratada con halitosis y cianosis peribucal, lengua con placa blanquecina, cuello cilíndrico sin datos de ingurgitación yugular, tórax simétrico, disociación toracoabdominal, campos pulmonares con hipoventilación basal bilateral, ápices ventilados, llenado capilar de 3 segundos, ruidos cardiacos de tono bajo, ritmo regular, F.C. 82x, CVC 7 french trilumen en subclavia derecha, sin datos de infección, abdomen en madera, ruidos peristálticos hiperactivos, dolor en flanco derecho EVA 8/10, genitales acorde a edad y sexo, sonda vesical a derivación uresis de características macroscópicas (hematuria, volumen urinario 0.2 ml/kg/hr, sin sedimentación), rectorragia, evacuaciones líquidas con hematoquecia, ano con coágulos, miembros pélvicos íntegros con edema godet de +++, cianosis distal.

- **SIGNOS VITALES**

<b>HORA</b>	<b>22:00</b>	<b>24:00</b>	<b>02:00</b>	<b>04:00</b>	<b>06:00</b>
Tensión Arterial	70/40	120/64	114/54	97/54	116/60
PAM	50	82	74	68	78
Frecuencia Cardíaca	82	75	86	87	90
Frecuencia Respiratoria	28	16	16	14	12
Saturación Oxígeno	68	95	94	96	92
Temperatura	35.5°	36	36	36	36

- **NOTA DE EVOLUCIÓN**

26-03-2021 Inicia con hematoquecia en 6 ocasiones + dolor abdominal tipo punzante en cuadrante inferior derecho EVA 8/10. 28-03-2021 María del Pilar ingreso con Choque séptico + hipovolémico. Se ingresó a RCP donde se colocó CVC derecho sin complicaciones por falta de accesos vasculares periféricos. Se inicia hidratación y vasopresor. Su presión arterial media mejoro. Recuperando el despierto casi de manera inmediata. Al llegar con hematoquecia se tomó una TAC de abdomen con contraste en fase arterial y venosa, en donde no se observó sangrado en jet y únicamente material hiperdenso en recto el cual probablemente corresponde a sangrado en capa. También se observó aire en injerto renal y vejiga, compatible con pielonefritis del injerto y cistitis enfisematosa. Por este motivo iniciamos vancomicina + imipenem. Tomamos hemocultivos periféricos y urocultivo. Comentamos el caso con cirugía general, quienes comentan que en este momento no hay indicación quirúrgica pero darán seguimiento. Se comentó con urología, quienes estarán al pendiente en caso de refractariedad al tratamiento antibiótico, de persistir con evidencia de inflamación o de empeorar función renal. Se comentó con enfermedad inflamatoria intestinal, quienes sugirieron agregar hidrocortisona a dosis de estrés (por esteroide usado en hospitalización previa) y manejo para Clostridioides fulminante (por antecedente de un episodio muy similar en 2018). Agregamos dichos manejos. No hemos podido obtener muestra para GDH debido a que no ha evacuado. Por el antecedente de hospitalización y que es el segundo sangrado que presenta en poco tiempo, intentamos mandar carga viral de CMV pero no se corre los fines de semana. Se comentó el caso con endoscopia, quienes están enterados y harán colonoscopia mañana 29 de marzo. Comentamos el caso con nefrología, quienes darán seguimiento en hospitalización. Dejamos pendiente la dosis de tacrolimus, pendiente indicación por nefrología. Empezamos a transfundir a la paciente. La anasarca parece ser secundaria a la hipoalbuminemia grave que presenta, la cual no proviene de pérdidas renales, dejando como posibilidades GI y desnutrición. Se podría considerar administrar albúmina como parte de la reanimación para disminuir la cantidad de cristaloides administrado. Habrá que ser conservadores en cuanto al cristaloides total como parte de la reanimación inicial. Al resolver el cuadro agudo, valorar anticoagulación por FA.

Se comentó con el esposo de la paciente del diagnóstico y del estado grave de la paciente. Firmó los consentimientos correspondientes para ingreso y procedimiento.

Paciente se encuentra hemodinámicamente inestable por choque hipovolémico Vs séptico con requerimiento de apoyo vasopresor, el cual se fue titulando a la baja durante el transcurso de la guardia (dosis inicial a 0.22 gamas a 0.04 gamas), con TAM >65 mmHg FC 75lpm, FR 16 rpm, Sato2 60% (98% MR 15 L), temp 35.5°C Mujer de edad aparente similar a la cronológica, somnolienta, pálida, Galsgow de 10 puntos. Cráneo sin alteraciones morfológicas evidentes, nervios craneales no valorables por somnolencia, mucosa oral seca. Cuello cilíndrico, sin adenopatías palpables, sin uso de esternocleidomastoideos para la inspiración, no se palparon nódulos tiroideos. Tórax simétrico, amplexión y amplexación disminuidas, murmullo vesicular presente de manera

bilateral en hemitórax superior, abolido en hemitórax inferior, ruidos cardiacos disminuidos en intensidad. Abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, borborigmos aumentados en frecuencia, sin dolor a la palpación superficial o profunda. Extremidades íntegras, edema de piernas +++ hasta la mitad del muslo (+), sensibilidad y fuerza no valorables por somnolencia. Ano con coágulos, sin datos de sangrado originario de hemorroides o lesiones periféricas.

- **INDICACIONES MÉDICAS**

- Sol. Hartmann 3000 carga.
- Sol. Hartmann 1000 a 40 ml/hr.
- Sulfato de magnesio ámpulas 1gr. Diluir 2 ámpulas en 100 cc de solución salina 0.9% para 8 horas dosis única
- Imipenem ámpulas de 500 mg. Favor de administrar 1 ámpula (500 mg) en infusión IV para 3 horas c/6 horas.
- Norepinefrina. Ámpulas de 4 mg en 4 mL. Aforar 2 ámpulas en 100 mL de solución glucosada al 5%. Administrar en infusión intravenosa para dosis respuesta.
- Hidrocortisona ámpulas de 100 mg. Favor de aforar 2 ámpulas (200 mg) en 100 mL de solución salina 0.9% y administrar en infusión IV para 24 horas.
- Vancomicina ámpulas de 500 mg. Favor de administrar 1 gr Vancomicina + Salina 0.9 % 100 ml.
- Metronidazol ámpulas 500 mg. Favor de administrar 1 ámpula 500 mg Metronidazol + Salina 0.9% 100 ml.
- Ganciclovir ámpulas 500 mg. Aforar 125 mg en 100 ml de solución glucosada 5 % para 60 minutos
- Favor de transfundir 3 paquetes globular cuando esté disponible, sin pre medicación
- Favor de transfundir Concentrado Eritrocitario cuando esté disponible
- Paracetamol ámpulas de 1g. Favor de administrar 1 ámpula IV en caso de fiebre o dolor. Máximo 4 g al día, favor de avisar en caso de fiebre
- Glucometría capilar cada 4 horas. Esquema de corrección con insulina rápida subcutánea: 180-220 2 UI, 221-260 4 UI, 261-300 6 UI, >300 8 UI y favor de avisar. Favor de avisar en caso de glucometría capilar <60 para administración de medio dextrabott.

- LABORATORIOS

<b>BIOMETRIA HEMATICA</b>		
<b>Determinación</b>	<b>Resultado</b>	<b>Valores de Referencia</b>
Leucocitos	7.9	4-12
Eritrocitos	2.1	4.1 – 5.3
Hemoglobina	6.2	13 – 15.7
Hematocrito	19	38.3 – 46.7
Volumen corpuscular medio	92.3	83.5 – 93
Hemoglobina corpuscular media	30.3	27-7 – 34
Concentración media de hemoglobina	32.8	32.7 – 34.7
Plaquetas	178	150 – 450
Linfocitos	4.8	12 – 46
Monocitos	4.4	1 – 12
Neutrófilos	90.5	40 – 85
Eosinofilos	0.1	0 – 7
Basófilos	0.2	0 – 3

<b>COAGULACIÓN</b>		
<b>Determinación</b>	<b>Resultado</b>	<b>Valores de Referencia</b>
Tiempo de Protrombina	>9 seg.	9.4 – 12 .5
Tiempo Tromboplastina	41.2 seg.	25.4 – 36.4
Fibrinógeno	250 mg/dL	238 – 498
Dímero D	1190 ng/mL	0 – 500

<b>EXAMEN GENERAL ORINA</b>		
<b>Determinación</b>	<b>Resultado</b>	<b>Valores de Referencia</b>
Densidad	1016	1001 – 1035
PH	7	4.5 – 8
Proteínas	30	Negativo
Glucosa	Negativo	Negativo
Cuerpos Cetónicos	Negativo	Negativo
Bilirrubina	Negativo	Negativo
Nitritos	Positivo	Negativo
Sangre	0.03	Negativo
Urobilinógeno	Negativo	Negativo
Leucocitos	>80	0 - 5
Eritrocitos	6.10	0 – 2
Células Epiteliales	Ausentes	Ausentes
Bacterias	Ausentes	Ausentes
Levaduras	Ausentes	Ausentes
Cristales Acido Úrico	Ninguno	Ausentes
Osmolaridad Orina	384	50 – 1200

<b>GASOMETRÍA ARTERIAL</b>		
<b>Determinación</b>	<b>Resultado</b>	<b>Valores de Referencia</b>
PH	7.48	7.35 – 7.45
PO2	12.9	80 – 100
PCO2	30.7	32 – 45
Sodio	139	136 – 145
Potasio	4.4	3.4 – 4.4
Cloro	114	98 – 107
Glucosa	107	70 - 99
Lactato	1.5	0.6 – 1.7
Bicarbonato	23	21 – 27
Hemoglobina	6.9	12 – 16
Oxihemoglobina	17	90 – 95
Hematocrito	21.1	37 – 48
Saturación de O2	17.7	95 – 99

<b>ELECTROLITOS</b>		
<b>Determinación</b>	<b>Resultado</b>	<b>Valores Referencia</b>
Sodio	139	136 -146
Potasio	4.23	3.5 – 5.1
Cloro	114	98 – 107
CO2	19.90	21 – 31
Calcio	7	8.6 – 10.8
Fosforo	2.36	2.5 – 5
Magnesio	1.39	1.9 – 2.7
Creatinofosfoquinasa CPK	21	30 – 223
Deshidrogenasa Láctica	218	140 – 271
Proteína C Reactiva	2.39	0 – 1
Ferritina	70.3	11 – 306.8
Triglicéridos	198	<150

## JERARQUIZACIÓN PATRONES FUNCIONALES

Patrón Funcional Alterado	Diagnostico NANDA
No. 4 Actividad – Ejercicio	Deterioro del intercambio de gases R/C Desequilibrio en la ventilación – perfusión m/p confusión (Glasgow de 10 puntos), Hipoxemia (PaO <sub>2</sub> 12.9 mm/Hg), disminución del dióxido de carbono (PaCO <sub>2</sub> 30.7 mm/Hg).
	Disminución del gasto cardiaco R/C Alteración de la poscarga y precarga m/p alteración de la presión arterial (T/A 70/40 mm/Hg PAM 50), llenado capilar prolongado (3 seg.), oliguria (0.25 ml/kg/día)
	Choque Hipovolémico S/A Sangrado de tubo digestivo bajo m/p Hb 6.2 mg/dL, Hematoquecia, Índice de choque III.
	Choque Séptico S/A Pielonefritis m/p Hipotensión (PAM 50 mm/Hg) Linfopenia (4.8%), Proteína C Reactiva (2.39 mg/dL), Neutrofilia 90.5%)
No. 6 Cognitivo – Perceptual	Confusión aguda R/C Delirio m/p alteración nivel de conciencia (Glasgow 10 puntos), alteración el funcionamiento cognitivo, alteración en el funcionamiento psicomotor.
No. 3 Eliminación	Exceso de volumen de líquidos R/C compromiso de los mecanismos reguladores m/p aportes superiores a las pérdidas, disminución Hb (6.7 mg/dL), edema (miembros pélvicos +++), oliguria (0.2 mg/kg/hr)
No. 1 Percepción – Manejo de la salud	Riesgo de caídas R/C Disminución del estado mental (Glasgow de 10 puntos)

• **PLANES DE CUIDADO**

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO
Tercer	Nutrición	Urgencias
<b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)</b>		
<b>DOMINIO:</b> 3 Eliminación e intercambio		
<b>CLASE:</b> 4 Función respiratoria		
00030 Deterioro del intercambio de gases R/C Desequilibrio en la ventilación – perfusión m/p confusión (Glasgow de 10 puntos), Hipoxemia (PaO2 12.9 mm/Hg), disminución del dióxido de carbono (PaCO2 30.7 mm/Hg).		
<b>FUNDAMENTACIÓN:</b> La insuficiencia respiratoria resulta cuando la función de bomba de los músculos respiratorios es insuficiente para mantener un nivel de intercambio gaseoso a nivel alveolar que supla las necesidades metabólicas de la respiración celular. El propósito del sistema respiratorio es proporcionar O2 y eliminar CO2 del organismo, la insuficiencia respiratoria tipo I o hipoxémica, resulta cuando hay una alteración de la relación ventilación-perfusión (V/Q) que no permite suplir las necesidades de oxigenación del paciente.		

<b>CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)</b>						
<b>DOMINIO:</b> (II) Salud fisiológica  <b>CLASE:</b> (E) Cardiopulmonar  <b>RESULTADO:</b> 0402 Estado respiratorio: Intercambio gaseoso.	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>					
	1) Desviación grave del rango normal 2) Desviación sustancial del rango normal 3) Desviación moderada del rango normal 4) Desviación leve del rango normal 5) Sin desviación del rango normal					
	<b>INDICADOR</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	40207 Somnolencia	X		X		
	40208 Presión parcial de oxígeno en la sangre arterial	X		X		
40209 Presión parcial del dióxido de carbono en la sangre arterial		X	X			
40211 Saturación Oxígeno	X				X	
<b>PUNTUACION DIANA</b>						
Mantener a: 5 Aumentar a: 14						

<b>PLANEACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)</b>	
<p><b>CAMPO:</b> 2 Fisiológico complejo  <b>CLASE:</b> K Control respiratorio  <b>INTERVENCIÓN:</b> 3350 Monitorización Respiratoria</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.</li> <li>-Monitorizar los patrones de respiración</li> <li>-Aplicar sensores de oxígeno continuos no invasivos, con sistema de alarma apropiados en pacientes de riesgo.</li> <li>-Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución/ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios.</li> <li>-Observar los cambios de los valores de gasometría arterial.</li> </ul>	<p><b>FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA</b></p> <p>El monitoreo clínico ideal debe describir cambios anatómicos y fisiológicos a nivel regional, ser de naturaleza no invasiva, ser de procesamiento rápido y estar disponible a la cabecera del paciente. En la actualidad se dispone de múltiples parámetros que entregan datos objetivos, los cuales permiten evaluar determinadas intervenciones terapéuticas, establecer diagnósticos, lograr metas y evitar complicaciones ocasionadas por los cambios dinámicos en el paciente.</p>
<p><b>CAMPO:</b> 2 Fisiológico complejo  <b>CLASE:</b> K Control respiratorio.  <b>INTERVENCIÓN:</b> 3320 Oxigenoterapia</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mantener la permeabilidad de la vía aérea</li> <li>-Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado.</li> <li>-Administrar oxígeno suplementario según ordenes (Mascarilla reservorio a 15 litros por minuto)</li> <li>- Vigilar el flujo de litros de oxígeno</li> <li>- Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno encendido.</li> </ul>	<p>La oxigenoterapia es el aporte de aire enriquecido con oxígeno por vía inhalatoria con fines terapéuticos, con el fin de mejorar la hipoxia tisular (insuficiencia respiratoria). Mascarilla Reservorio: dispositivo sencillo para administrar altas concentraciones oxígeno (FiO<sub>2</sub> 40 a 100%). Usualmente de plástico, posee orificios laterales que permiten la salida de volumen espirado con válvulas unidireccionales que se cierran al inspirar, lo anterior limita la mezcla del oxígeno con el aire ambiente, adicionalmente cuenta con una bolsa reservorio, cuenta con un reservorio con válvula unidireccional que se abre durante la inspiración permitiendo flujo de oxígeno al 100% desde el reservorio incrementando la FiO<sub>2</sub> y limitando la mezcla con aire del medio ambiente.<sup>1</sup></p>
<p><b>CAMPO:</b> 06 Sistema sanitario  <b>CLASE:</b> A Gestión del sistema sanitario  <b>INTERVENCIÓN:</b> 7690 Interpretación de datos de laboratorio</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Utilizar los rangos de referencia del laboratorio (Gasometría Arterial)</li> <li>- Reconocer los factores fisiológicos que puedan afectar a los valores</li> <li>- Anotar la hora y sitio de la recogida de la muestra</li> <li>- Monitorizar los resultados secuenciales de los análisis</li> <li>- Confirmar los resultados, de análisis extremadamente anormales</li> </ul>	<p>La gasometría permite valorar el estado respiratorio y ácido-base del paciente, mide los niveles en sangre de oxígeno (O<sub>2</sub>), dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>), bicarbonato (HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>), permitiendo con su análisis identificar el tipo de los trastornos ácido-base (metabólico, respiratorio o mixto).<sup>2</sup></p>
<p><b>EJECUCIÓN</b></p> <p>-28/03/21 23:00-06:00 hrs Se realiza monitorización de signos vitales. 23:00 Se coloca oxigenoterapia: mascarilla reservorio a 15 litros por minuto. Se toma gasometría arterial.</p>	<p><b>EVALUACIÓN</b></p> <p>La puntuación diana se logró aumentar a 12 debido a que aumento la saturación de oxígeno mejoro el estado respiratorio.</p>

<sup>1</sup> Técnicas de urgencias “oxigenoterapia y monitorización respiratoria no invasiva”.

<sup>2</sup> Guyton A. “Regulación del equilibrio ácido – básico” 11ª edición

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO
Tercer	Nutrición	Urgencias
<b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)</b>		
<b>DOMINIO:</b> 4 Actividad/Reposo		
<b>CLASE:</b> 4 Respuestas cardiovasculares/pulmonares		
00029 Disminución del gasto cardíaco R/C Alteración de la poscarga y precarga m/p alteración de la presión arterial (T/A 70/40 mm/Hg PAM 50), llenado capilar prolongado (3 seg.), oliguria (0.25 ml/kg/día)		
<b>FUNDAMENTACIÓN:</b> El shock es un estado de hipoperfusión de los órganos que produce disfunción y muerte celular. Los mecanismos pueden incluir una disminución del volumen circulante, disminución del gasto cardíaco y vasodilatación, a veces con derivación de la sangre que saltea los lechos de intercambio capilar. Los síntomas incluyen alteraciones del estado mental, taquicardia, hipotensión y oliguria.		

CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
<b>DOMINIO:</b> (II) Salud fisiológica <b>CLASE:</b> (E) Cardiopulmonar <b>RESULTADO:</b> 0401 Estado Circulatorio	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>					
	6) Desviación grave del rango normal 7) Desviación sustancial del rango normal 8) Desviación moderada del rango normal 9) Desviación leve del rango normal 10) Sin desviación del rango normal					
	<b>INDICADOR</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	40101 Presión Sanguínea sistólica	X		X		
	40102 Presión Sanguínea diastólica	X		X		
	40104 Presión arterial media	X		X		
	40140 Gasto urinario	X		X		
	40151 Relleno capilar	X		X		
	<b>PUNTUACION DIANA</b>					
	Mantener a: 5 Aumentar a: 15					

<b>PLANEACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)</b>	
<p><b>CAMPO:</b> 2 Fisiológico complejo  <b>CLASE:</b> N Control de la perfusión tisular  <b>INTERVENCIÓN:</b> 4040 Cuidados Cardiacos</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Evaluar cualquier episodio de dolor torácico</li> <li>-Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica</li> <li>-Observar los signos y síntomas de disminución del gasto cardiaco</li> <li>-Monitorizar el estado respiratorio</li> <li>-Monitorizar los signos vitales con frecuencia.</li> </ul>	<p><b>FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA</b></p> <p>El objetivo del tratamiento urgente consiste en mejorar el aporte de oxígeno y reducir la congestión mediante el control y optimización del equilibrio hidroelectrolítico, manteniendo un buen gasto cardiaco, recuperando y manteniendo la tolerancia a la actividad y conservando la integridad de la piel. De este modo los cuidados de Enfermería irán encaminados. <sup>3</sup></p>
<p><b>CAMPO:</b> 2 Fisiológico complejo  <b>CLASE:</b> : N Control de la perfusión tisular  <b>INTERVENCIÓN:</b> 4200 Terapia Intravenosa (I.V.)</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Verificar la orden de la terapia I.V.</li> <li>-Realizar técnica aséptica estricta</li> <li>-Comprobar las cinco reglas de administración correcta antes de iniciar la infusión o administración de medicamentos (Norepinefrina 8 mg aforados en Sol. Glucosada 5% 100 ml)</li> <li>-Seleccionar y prepara la bomba de infusión I.V.</li> <li>-Administrar medicamentos I.V. según prescripción y observar los resultados.</li> </ul>	<p>La Norepinefrina es una catecolamina que estimula receptores adrenérgicos alfa1 y, levemente, receptores adrenérgicos beta1, sin efecto beta2. Es el fármaco vasoconstrictor por excelencia. Actúa sobre los receptores alfa1 produciendo vasoconstricción de los vasos de resistencia y capacitancia. Por su acción sobre los receptores beta1 aumenta el inotropismo y cronotropismo; efecto que predomina a dosis bajas. Al aumentar la dosis clínicamente no se observa efecto beta1 por la respuesta cardiaca al aumento de la postcarga, incluso se puede producir disminución de la frecuencia cardíaca por mecanismo vagal reflejo.<sup>4</sup></p>
<p><b>CAMPO:</b> 2 Fisiológico: Complejo  <b>CLASE:</b> N Control de la perfusión tisular  <b>INTERVENCIÓN:</b> 4150 Regulación hemodinámica</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Realizar una evaluación exhaustiva del estado hemodinámico (comprobar la presión arterial, Frecuencia cardiaca, pulsos)</li> <li>-Determinar el estado de volumen (si el paciente presenta hipervolemia, hipovolemia)</li> <li>-Determinar el estado de perfusión (si el paciente esta frío, tibio o caliente)</li> <li>-Monitorizar la presencia de signos y síntomas de problemas del estado de perfusión (Hipotensión, frialdad de las extremidades, aturdimiento o somnolencia, elevación de los niveles séricos de creatinina y BUN, hiponatremia)</li> <li>-Comprobar y registrar la presión arterial, la frecuencia y el ritmo cardiacos, y los pulsos.</li> </ul>	<p>La monitorización hemodinámica nos permite obtener información acerca de la fisiopatología cardiocirculatoria que nos ayudará a realizar el diagnóstico y a guiar la terapéutica en las situaciones de inestabilidad hemodinámica. Un primer paso obligado en la evaluación inicial del paciente crítico es determinar la idoneidad del estado de perfusión de los tejidos. La presencia y/o persistencia de disoxia celular va a ser un factor fundamental en el desarrollo de lesiones orgánicas, fracaso multiorgánico y, eventualmente, la muerte del individuo. Lo que habitualmente conocemos como inestabilidad hemodinámica suele referirse a la presencia de signos clínicos sugestivos de hipoperfusión (alteración del sensorio, pobre relleno capilar, etc.), y, sobre todo, a la presencia de hipotensión arterial.<sup>5</sup></p>

<sup>3</sup> Revista Electrónica de PortalesMedicos.com “Cuidados de Enfermería de urgencias en un paciente con insuficiencia cardiaca”.

<sup>4</sup> Vademecum “Norepinefrina”.

<sup>5</sup> A. Ochagavía, “Monitorización hemodinámica en el paciente crítico” Pag. 154 - 169

<b>EJECUCIÓN</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
-28/03/21 23:00 hrs Se inicia monitorización de signos vitales, evaluación del estado hemodinámico. 23:05 Se inicia infusión de Norepinefrina 8 mg en Solución glucosada al 5% 100ml a dosis – respuesta.	La puntuación diana se logró aumentar a 7 debido a que la presión arterial media aumento (70mm/Hg).

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO
Tercer	Nutrición	Urgencias

**PROBLEMA INTERDEPENDIENTE**

Choque Hipovolémico S/A Sangrado de tubo digestivo bajo m/p Hb 6.2 mg/dL, Hematoquecia, Índice de choque III.

**FUNDAMENTACIÓN:** El sangrado de tubo digestivo bajo, también conocido como hemorragia digestiva baja se define como todo aquel sangrado originado por lesiones en el tubo digestivo en forma distal al ligamento de Treitz, es decir, entre el intestino delgado y el ano, resultando en síntomas de anemia o inestabilidad hemodinámica de acuerdo a la pérdida sanguínea. Generalmente esta ocasionada por malformaciones vasculares, divertículos y neoplasias.

CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
<b>DOMINIO:</b> (II) Salud fisiológica  <b>CLASE:</b> (E) Cardiopulmonar  <b>RESULTADO:</b> 0413 Severidad de la pérdida de sangre	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>					
	11) Desviación grave del rango normal 12) Desviación sustancial del rango normal 13) Desviación moderada del rango normal 14) Desviación leve del rango normal 15) Sin desviación del rango normal					
	<b>INDICADOR</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	41301 Pérdida sanguínea visible	X	X			
	41303 Sangre manifiesta por el ano	X	X			
	41309 Disminución de la presión arterial sistólica	X		X		
	41310 Disminución de la presión arterial diastólica	X		X		
	41315 Diminución de la cognición	X		X		
41316 Disminución de la hemoglobina	X	X				
<b>PUNTUACION DIANA</b>						
Mantener a: 6						
Aumentar a: 15						

PLANEACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	
<b>CAMPO:</b> 2 Fisiológico complejo <b>CLASE:</b> N Control de la perfusión tisular <b>INTERVENCIÓN:</b> 4258 Manejo del shock: Volumen	<b>FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA</b> La solución de Hartmann o solución de Ringer con lactato es un líquido estéril e isotónico, con pH de 6 a 7.5, que contiene diversas sales que proporcionan varios de los electrólitos esenciales para el organismo. Cada 100 ml de la solución contiene 20 mg de cloruro de calcio, 30 mg de cloruro de potasio, 600 mg de cloruro de sodio y 310 mg de lactato de sodio. Así, cada litro de esta solución proporciona 130 meq de sodio, 4 meq de potasio, 3 meq de calcio, 109 meq de cloruro y 28 meq de lactato. Con frecuencia se añade dextrosa a 5 o 10% para suministrar las calorías requeridas en la alimentación parenteral. La solución se emplea cuando existe pérdida de agua y bases, y se desea mantener el equilibrio hídrico y electrolítico con modificaciones mínimas en la composición del líquido extracelular. <sup>6</sup>
<b>ACTIVIDADES:</b> -Administrar líquidos I.V. como cristaloides y coloides isotónicos según corresponda. (Bolo Sol. Hartmann 3000 ml, Infusión continua a 40 ml/hr) -Monitorizar el nivel de Hemoglobina/hematocrito -Monitorizar los estudios de coagulación incluyendo el tiempo de protrombina (PT), (TTP), fibrinógeno, productos de degradación y recuento de plaquetas -Controlar la pérdida súbita de sangre, deshidratación grave o hemorragia persistente -Controlar el descenso de la presión arterial sistólica a menos de 90 mm/Hg o un descenso de 30 mm/HG en pacientes hipertensos	
<b>CAMPO:</b> 2 Fisiológico complejo <b>CLASE:</b> : N Control de la perfusión tisular <b>INTERVENCIÓN:</b> 4030 Administración de hemoderivados.	Es el concentrado de hematíes resultante de retirar la mayor parte del plasma de la sangre total, dando un volumen resultante de 200 a 250cc; por ello tiene un mayor Hto que la sangre total - que oscila entre 60 y 70%- contiene entre 50 y 60gr de Hb y 250mgr de hierro y posee la misma capacidad transportadora de oxígeno que la sangre total pero en menor volumen. Así mismo, tiene las mismas características de conservación y duración. <sup>7</sup>
<b>ACTIVIDADES:</b> -Verificar las órdenes del médico (C. eritrocitario) -Verificar que el hemoderivado se ha preparado y clasificado, que se ha determinado el grupo y que se han realizado las pruebas cruzadas -Verificar que sea correcto el paciente, el grupo sanguíneo, el grupo Rh, el número de unidad y la fecha de caducidad, y registrar. -Acoplar el sistema de administración con el filtro adecuado para el hemoderivado - Monitorizar la aparición de reacciones transfusionales	
<b>CAMPO:</b> 2 Fisiológico: Complejo <b>CLASE:</b> N Control de la perfusión tisular <b>INTERVENCIÓN:</b> 4022 Disminución de la hemorragia: Digestiva	La hemorragia digestiva genera un número importante de urgencias en los hospitales, pueden contribuir a crear un shock hipovolémico. Ante la llegada de este tipo de enfermo en demanda de asistencia, las prioridades en la actuación inicial son: a) valorar el estado hemodinámico y restauración de la estabilidad cardiovascular; b) localización sindrómica del origen del sangrado y valoración de la actividad, y c) identificar la causa del sangrado y el tratamiento <sup>8</sup>
<b>ACTIVIDADES:</b> -Monitorizar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente (comprobar todas las secreciones para ver si hay sangre franca u oculta) -Registrar el color, cantidad y características de las heces -Evitar la administración de anticoagulantes -Monitorizar los factores determinantes del aporte tisular de oxígeno (niveles de PaOs, SaO2, hemoglobina y gasto cardíaco) - Vigilar el estado hídrico, incluidas las entradas y salidas, según corresponda	
<b>EJECUCIÓN</b> -28/03/21 23:00 hrs Se toman pruebas de laboratorio (Biometría Hemática,	<b>EVALUACIÓN</b> La puntuación diana se logró aumentar a 13 debido a que se recuperó

<sup>6</sup> Vademecum. "Hartmann. Soluciones Electrolíticas".

<sup>7</sup> Instituto Nacional Materno Perinatal "Manual de HEMOTERAPIA".

<sup>8</sup> MI. Ostabal Artigas "Hemorragias Digestivas Agudas" ELSEVIER

Gasometría Arterial). Se inicia administración de cargas con Sol. Hartmann 1000 ml. Monitorización continua de la Tensión arterial. 24:00 Se administran 3 paquetes globulares sin previa medicación.	el estado de conciencia, y se mantuvo la PAM >65 mm/Hg.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO
Tercer	Nutrición	Urgencias

**PROBLEMA INTERDEPENDIENTE**

Choque Séptico S/A Pielonefritis m/p Hipotensión (PAM 50 mm/Hg) Linfopenia (4.8%), Proteína C Reactiva (2.39 mg/dL), Neutrofilia 90.5%)

**FUNDAMENTACIÓN:** La presencia de disfunciones orgánicas secundarias a hipoperfusión es una en un paciente séptico, establecen el diagnóstico clínico de sepsis grave, que para su confirmación requiere de estudios de laboratorio. La falla circulatoria aguda caracterizada por hipotensión persistente secundaria no explicable por otras causas es definitiva de choque séptico.

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

**DOMINIO:** (II) Salud fisiológica  
**CLASE:** (E) Cardiopulmonar  
**RESULTADO:** 0421 Severidad del shock: Séptico

**ESCALA DE MEDICIÓN**  
 16) Grave  
 17) Sustancial  
 18) Moderado  
 19) Leve  
 20) Ninguno

INDICADOR	1	2	3	4	5
42101 Disminución de la presión arterial sistólica	X		X		
42102 Disminución de la presión arterial diastólica	X		X		
<b>PUNTUACION DIANA</b>					
Mantener a: 7 Aumentar a: 10					

PLANEACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	
<p><b>CAMPO:</b> 2 Fisiológico complejo  <b>CLASE:</b> H Control de fármacos  <b>INTERVENCIÓN:</b> 2300 Administración de medicación</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación</li> <li>- Preparar los medicamentos utilizando el equipo y técnicas apropiadas para la modalidad de administración.</li> <li>-Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas (Imipenem 500mg I.V) (Ganciclovir 125 mg) (Vancomicina 1 gr)</li> <li>-Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente</li> <li>-Observar si se presentan efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA</b></p> <p><b>Imipenem:</b> Es principalmente bactericida. Inhibe la tercera y última etapa de la síntesis de la pared celular bacteriana mediante la unión a determinadas proteínas de unión de las penicilinas (PBPs) que se encuentran dentro de la pared celular bacteriana.<sup>9</sup> <b>Ganciclovir:</b> es un nucleósido análogo de la 2'-deoxiguanosina que inhibe la replicación de los virus del herpes y los citomegalovirus, Se cree que inhibe la síntesis del virus mediante una inhibición competitiva de las DNA-polimerasas víricas y, también incorporándose al DNA del virus, con lo que finaliza prematuramente la elongación del DNA vírico. <b>Vancomicina:</b> Antibiótico glucopéptido con acción bactericida. Actúa bloqueando la síntesis de la pared celular bacteriana, ya que tiene la capacidad de unión con terminaciones pep-tídicas del mucopéptido de la pared, impidiendo el proceso de polimerización final del peptidoglucano.</p>
<p><b>CAMPO:</b> 2 Fisiológico complejo  <b>CLASE:</b> : H Control de fármacos  <b>INTERVENCIÓN:</b> 2314 Administración de medicación: Intravenosa (IV)</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Seguir las cinco reglas de administración correcta de medicación</li> <li>-Preparar correctamente el equipo para la administración de la medicación</li> <li>-Preparar la concentración adecuada de medicación I.V. a partir de una ampolla o vial.</li> <li>- Administrar la medicación I.V. a la velocidad adecuada (Hidrocortisona 200 mg a 4 ml/hr)</li> <li>-Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente, de acuerdo con las normas del centro.</li> </ul>	<p>La hidrocortisona es una hormona esteroide secretada por la corteza adrenal. Los mineralocorticoides alteran el equilibrio de líquidos y electrolitos, facilitando la reabsorción de sodio y de hidrógeno y la excreción de potasio a nivel del túbulo renal distal, lo que resulta en edema e hipertensión. Los glucocorticoides ejercen algunos efectos mineralocorticoides pero también están implicados en cierto número de otras vías metabólicas, incluyendo la gluconeogénesis, redistribución de la grasa, metabolismo de las proteínas, y el equilibrio del calcio. Las acciones antiinflamatorias de los corticoides se deben a sus efectos sobre las proteínas inhibitoras de la fosfolipasa A2, colectivamente llamadas lipocortinas. Las lipocortinas, a su vez, controlan la biosíntesis de mediadores potentes de la inflamación, tal como prostaglandinas y leucotrienos mediante la inhibición de la liberación de la molécula precursora del ácido araquidónico.<sup>10</sup></p>
<p><b>CAMPO:</b> 2 Fisiológico complejo  <b>CLASE:</b> H control de fármacos  <b>INTERVENCIÓN:</b> 2380 Manejo de la medicación</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Observar los efectos terapéuticos de la medicación del paciente</li> <li>-Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos</li> <li>-Controlar el cumplimiento del régimen de medicación</li> <li>-Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación</li> </ul>	<p>El manejo de los medicamentos son actividades de enfermería que se realizan bajo prescripción médica, en las cuales la enfermera (o) debe enfocarlas a reafirmar los conocimientos y aptitudes necesarias para aplicar un fármaco al paciente, asimismo, saber evaluar los factores fisiológicos, mecanismos de acción y las variables individuales que afectan la acción de las drogas, los diversos tipos de prescripciones y vías de administración, así como los aspectos legales que involucran una mala práctica de la administración de medicamentos, de esta</p>

<sup>9</sup> Vademecum. "Imipenem", "Ganciclovir" "Vancomicina".

<sup>10</sup> Vademecum "Hidrocortisona".

-Observar si se producen interacciones farmacológicas no terapéuticas	manera se evita el daño al paciente por efectos del fármaco o efectos adversos <sup>11</sup>
<b>EJECUCIÓN</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
-28/03/21 23:00 hrs Se inicia dosis de impregnación de (Vancomicina). Se administra dosis de Imipenen y Aciclovir. 23:00 horas se inicia infusión de Hidrocortisona)	La puntuación diana se mantiene en 7 puntos.

---

<sup>11</sup> Secretaria de Salud. "Manejo y uso de medicamentos".

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO
Tercer	Nutrición	Urgencias
<b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)</b>		
<b>DOMINIO:</b> 5 Percepción/Cognición		
<b>CLASE:</b> 4 Cognición		
00128 Confusión aguda R/C Delirio m/p alteración nivel de conciencia (Glasgow 10 puntos), alteración el funcionamiento cognitivo, alteración en el funcionamiento psicomotor.		
<b>FUNDAMENTACIÓN: Delirium:</b> Estado de alteración de la función cognitiva, caracterizado por disminución de la atención con cambios en el contenido de conciencia, pensamiento desorganizado y de evolución fluctuante. Poseen elementos del despertar y cierta consciencia de sí mismos y del entorno a diferencia del coma. Generalmente es ocasionado por lesiones cerebrales focales en los lóbulos frontales, parietal derecho o gangliobasales. Sinónimo de estado confusional agudo.		

CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
<b>DOMINIO:</b> (II) Salud fisiológica  <b>CLASE:</b> (J) Neurocognitiva  <b>RESULTADO:</b> 0912 Estado Neurológico: Consciencia	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>					
	21) Gravemente comprometida 22) Sustancialmente comprometido 23) Moderadamente comprometido 24) Levemente comprometido 25) No comprometido					
	<b>INDICADOR</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	91201 Abre los ojos a estímulos externos	X		X		
	91204 Obedece ordenes	X		X		
	91205 Respuesta motora a estímulos	X		X		
	91209 Flexión anormal					X
	91210 Extensión anormal					X
	<b>PUNTUACION DIANA</b>					
	Mantener a: 13					
	Aumentar a: 19					

PLANEACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	
<b>CAMPO:</b> 2 Fisiológico complejo <b>CLASE:</b> I Control neurológico <b>INTERVENCIÓN:</b> 2620 Monitorización neurológica	<b>FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA</b> La escala de coma Glasgow, es de aplicación neurológica que permite medir el nivel de conciencia de una persona. Utiliza tres parámetros: la respuesta verbal, la respuesta ocular y la respuesta motora. El puntaje más bajo es de 3 puntos, mientras que el valor más alto es 15 puntos. La aplicación sistémica a intervalos regulares a esta escala permite obtener un perfil clínico de la evolución del paciente. <sup>12</sup>
<b>ACTIVIDADES:</b> -Comprobar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas. -Vigilar el nivel de consciencia -Comprobar el nivel de orientación -Vigilar las tendencias en la Escala del Coma de Glasgow -Explorar el tono muscular, el movimiento motor.	
<b>CAMPO:</b> 2 Fisiológico complejo <b>CLASE:</b> : I Control neurológico <b>INTERVENCIÓN:</b> 2550 Mejora de la perfusión cerebral.	La PPC (Presión de Perfusión cerebral) definida por la diferencia entre Presión de perfusión cerebral óptima, manejo de la volemia y administración de soluciones hipererosmolares la PIC y la Presión Arterial Media (PAM) determina el gradiente de presión que impulsa el flujo sanguíneo cerebral, que en condiciones normales se mantiene autorregulado en función del consumo metabólico cerebral de oxígeno. Debe combatirse la hipotensión arterial que puede producir hipoperfusión cerebral asociada con un peor pronóstico, por lo que debe corregirse con fluidos isotónicos. La hemoglobina debería mantenerse mayor o igual a 9 g/dl. Clásicamente se ha recomendado, durante las primeras 24-48 horas, evitar el uso de glucosa (excepto si existe hipoglucemia). Como suero de mantenimiento se utilizará SSF al que se añadirán los iones necesarios para mantener el medio interno de manera adecuada. Si a pesar de reponer la volemia el paciente sigue hipotenso deben administrarse fármacos inotrópicos. <sup>13</sup>
<b>ACTIVIDADES:</b> -Consultar con el médico para determinar los parámetros hemodinámicos y mantener dichos parámetros dentro de ese rango -Inducir una hipertensión mediante la expansión de volumen o con agentes inotrópicos o vasoconstrictores, para mantener los parámetros hemodinámicos (Norepinefrina 8 mg) -Administrar expansores del volumen intravascular según corresponda. -Consultar con el médico para determinar la posición óptima del cabecero de la cama (15-30°) -Monitorizar la presencia de signos de sobrecarga de líquidos (roncus, distensión de la vena yugular, edema y aumento de las secreciones pulmonares)	
<b>CAMPO:</b> 4 Seguridad. <b>CLASE:</b> V Control de riesgos. <b>INTERVENCIÓN:</b> 6440 Manejo del delirio	El tratamiento del delirio se basa en identificar y corregir la causa subyacente, establecer unas medidas de soporte para prevenir el deterioro físico y/o cognitivo y, en ocasiones, un tratamiento farmacológico para el control de los síntomas. En general, cualquier patología médica o quirúrgica puede precipitar el delirio en un huésped susceptible y cualquier cambio agudo en el comportamiento o estado mental del paciente precisa un reconocimiento rápido, ya que el delirio puede ser la primera manifestación de un problema potencialmente grave que requiera una atención inmediata. <sup>14</sup>
<b>ACTIVIDADES:</b> -Identificar los factores etiológicos que causan el delirio (comprobar la saturación de oxígeno de la hemoglobina) -Poner en marcha terapias para reducir o eliminar los factores causantes del delirio -Identificar y documentar el subtipo motor de delirio (hipoactivo, hiperactivo y mixto) -Monitorizar el estado neurológico de forma continua	

<sup>12</sup> ELSEVIER "Escala de Coma Glasgow: tipos de respuesta motora y su puntuación".

<sup>13</sup> José Cambra Lasaosa y Luis Pérez Baena "presión de perfusión cerebral óptima, manejo de la volemia y administración de soluciones hipererosmolares".

<sup>14</sup>E. PALENCIA-HERREJÓN "Delirio en el paciente crítico" Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Infanta Leonor. Vallecas, Madrid

-Mantener un ambiente libre de peligros.	
<b>EJECUCIÓN</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
-28/03/21 23:00 hrs Se valora Escala de coma Glasgow. 23:00 Se inicia Vasoconstrictor (Norepinefrina 8 mg aforados en Solución Glucosada 5% 100 ml). 23:00 – 07:30 Se mantiene en observación y monitorización del estado neurológico.	La puntuación diana se logró aumentar a 19 debido a que se recuperó el estado de consciencia casi de manera inmediata.

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO
Tercer	Nutrición	Urgencias
<b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)</b>		
<b>DOMINIO:</b> 2 Nutrición		
<b>CLASE:</b> 5 Hidratación		
00026 Exceso de volumen de líquidos R/C compromiso de los mecanismos reguladores m/p aportes superiores a las pérdidas, disminución Hb (6.7 mg/dL), edema (miembros pélvicos +++), oliguria (0.2 mg/kg/hr)		
<b>FUNDAMENTACIÓN:</b> El edema es el resultado del mayor movimiento del líquido desde el espacio intravascular al espacio intersticial o del menor movimiento del agua desde el intersticio hacia los capilares o los vasos linfáticos. A medida que el líquido ingresa en el espacio intersticial, el volumen intravascular se reduce. La depleción del volumen intravascular activa el sistema renina-angiotensina-aldosterona- vasopresina (hormona antidiurética-ADH), lo que promueve la retención renal de sodio. Al incrementar la osmolalidad, la retención renal de sodio estimula la retención renal de agua y contribuye al mantenimiento del volumen plasmático.		

CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
<b>DOMINIO:</b> (II) Salud fisiológica  <b>CLASE:</b> (G) Líquidos y electrolitos  <b>RESULTADO:</b> 0601 Equilibrio hídrico	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>					
	26) Gravemente comprometido	27) Sustancialmente comprometido	28) Moderadamente comprometido	29) Levemente comprometido	30) No comprometido	
	INDICADOR	1	2	3	4	5
	60102 Presión arterial media	X		X		
	60107 Entradas y salidas diarias equilibradas		X	X		
	60112 edema periférico	X		X		
	60119 Hematocrito	X		X		
	<b>PUNTUACION DIANA</b>					
	Mantener a: 5 Aumentar a: 12					

<b>PLANEACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)</b>	
<b>CAMPO:</b> 1 Fisiológico básico <b>CLASE:</b> B Control de la eliminación <b>INTERVENCIÓN:</b> 0580 Sondaje Vesical	<b>FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA</b>
<b>ACTIVIDADES:</b> -Explicar el procedimiento y el fundamento del sondaje -Reunir el equipo adecuado -Prellenar el balón de la sonda para comprobar su permeabilidad y tamaño -Mantener técnica aséptica estricta -Insertar una sonda recta y del calibre más pequeño posible (Calibre No. 16)	El cateterismo vesical es una técnica invasiva que consiste en la introducción de una sonda hasta la vejiga a través del meato uretral, con el fin de establecer una vía de drenaje temporal, permanente o intermitente, desde la vejiga al exterior, con fines diagnósticos y/ o terapéuticos. <sup>15</sup>
<b>CAMPO:</b> 2 Fisiológico Complejo <b>CLASE:</b> H Control de fármacos <b>INTERVENCIÓN:</b> 2314 Administración de medicación: Intravenosa (I.V)	La furosemida es un diurético de asa de la familia de las sulfonamidas utilizado en el tratamiento del edema asociado a la insuficiencia cardíaca congestiva, cirrosis y enfermedad renal, incluyendo el síndrome nefrótico. Ejerce su efecto diurético inhibiendo la resorción del sodio y del cloro en la porción ascendente del asa de Henle. Estos efectos aumentan la excreción renal de sodio, cloruros y agua, resultando una notable diuresis. Adicionalmente, la furosemida aumenta la excreción de potasio, hidrógeno, calcio, magnesio, bicarbonato, amonio y fosfatos. <sup>16</sup>
<b>ACTIVIDADES:</b> - Seguir las cinco reglas de administración de correcta de medicación - Preparar la concentración adecuada de medicación I.V. a partir de una ampolla o vial (Furosemida 200 mg + Glucosada 5% 100 ml a 4 ml/hr) - Administrar la medicación I.V. a la velocidad adecuada. - Valorar al paciente para determinar la respuesta a la medicación. - Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente, de acuerdo con las normas del centro.	Controlar los aportes y pérdidas de líquidos en el paciente, durante un tiempo determinado, contribuyen al mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico, planear en forma exacta el aporte hídrico que reemplace las pérdidas basales, previas y actuales del organismo. Las alteraciones del equilibrio de electrolitos son frecuentes en la práctica clínica, por lo tanto, es necesario que el personal de enfermería esté familiarizado para contribuir a mantener la homeostasia del paciente en relación al sodio, potasio, cloro, calcio, magnesio y fósforo. <sup>17</sup>
<b>CAMPO:</b> 2 Fisiológico: Complejo <b>CLASE:</b> N Control de la perfusión tisular <b>INTERVENCIÓN:</b> 4130 Monitorización de líquidos	<b>EVALUACIÓN</b>
<b>ACTIVIDADES:</b> -Explorar el llenado capilar manteniendo la mano del paciente al mismo nivel que su corazón y presionando la uña del dedo medio durante 5 segundo. -Monitorizar las entradas y salidas -Monitorizar los niveles de electrolitos en suero y orina, según corresponda -Monitorizar los niveles séricos de albumina y proteínas totales -Llevar un registro preciso de entradas y salidas.	La puntuación diana se logra aumentar a 6 debido a que el flujo urinario aumento a .5 mg/kg/hr.
<b>EJECUCIÓN</b> -28/03/21 23:10 Se coloca sondaje vesical Calibre No. 16. Se inicia control estricto de líquidos, monitorización de entradas y salidas. 05:00 Se inicia infusión de Furosemida 200 mg + Glucosada 5% 100 ml a 4 ml/hr.	

<sup>15</sup> Claudia Leija Hernández "Técnica de cateterización vesical". Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2004 Pg 115-119

<sup>16</sup> Vademecum "Furosemida"

<sup>17</sup> Balance Hidroelectrolítico.

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO
Tercer	Nutrición	Urgencias

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)**

**DOMINIO:** 11 Seguridad/Protección

**CLASE:** 02 Lesión física

00155 Riesgo de caídas R/C Disminución del estado mental (Glasgow de 10 puntos)

**FUNDAMENTACIÓN:** Cualquier paciente hospitalizado es vulnerable a sufrir una caída, por diferentes causas, ya sean personales o ambientales (factores intrínsecos y extrínsecos), teniendo diferentes consecuencias de diversa naturaleza, gravedad, inmediatas y/o tardías. Aunque todos los pacientes tienen, en cierto modo, riesgo de sufrir caídas durante su hospitalización, se han vinculado algunas características que aumentan el riesgo como son la edad, el estado cognitivo, el historial de caídas, los fármacos, la movilidad reducida y las necesidades especiales de higiene.

CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
<b>DOMINIO:</b> (II) Salud fisiológica  <b>CLASE:</b> (J) Neurocognitiva  <b>RESULTADO:</b> 0916 Nivel de delirio	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>					
	31) Grave 32) Sustancial 33) Moderado 34) Leve 35) Ninguno					
	<b>INDICADOR</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	91601 Desorientación temporal	X		X		
	91605 Deterioro cognitivo	X		X		
91613 Alteración del nivel de conciencia	X		X			
91616 Agitación	X		X			
<b>PUNTUACION DIANA</b>  Mantener a: 4 Aumentar a: 12						

<b>PLANEACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)</b>	
<p><b>CAMPO:</b> 4 Seguridad  <b>CLASE:</b> V Control de riesgos  <b>INTERVENCIÓN:</b> 6490 Prevención de caídas</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado</li> <li>- Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas)</li> <li>- Bloquear las ruedas de las sillas, camas o camillas en la transferencia del paciente.</li> <li>- Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzo</li> <li>- Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA</b></p> <p>La valoración del riesgo de caídas es importante ya que ayuda a orientar las intervenciones que han demostrado que reducen el mismo. Por tanto, es necesario realizarla a todos los pacientes al ingreso tras cualquier cambio significativo en el estado de salud del paciente, ya que el ingreso hospitalario es un factor extrínseco de riesgo de caídas. Es en la valoración inicial al ingreso donde debemos identificar todos los factores de riesgo del paciente relacionados con caídas: historia de caídas previas, identificar dificultades en la deambulación, equilibrio y/o movilidad.<sup>18</sup></p>
<p><b>CAMPO:</b> 4 Seguridad  <b>CLASE:</b> V Control de riesgos  <b>INTERVENCIÓN:</b> 6486 Manejo ambiental: seguridad</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar las necesidades de seguridad, según la función física y cognitiva y el historial de conducta del paciente.</li> <li>- Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible.</li> <li>- Modificar el ambiente para minimizar lo peligro y riesgos</li> <li>- Utilizar dispositivos de protección para limitar físicamente la movilidad o el acceso a situaciones peligrosas</li> <li>- Ayudar al paciente a construir un ambiente más seguro.</li> </ul>	<p>Para prevenir las caídas en el entorno hospitalario se debe actuar sobre los factores extrínsecos (suelos resbaladizos, insuficiente iluminación, superficies irregulares, espacios reducidos, altura inadecuada de las camillas y camas, ausencia de dispositivos de anclaje para las ruedas, altura y tamaño de las barandillas, entorno desconocido para el paciente, ropa y calzado inapropiados, carencia de ayudas técnicas para caminar o desplazarse cuando se necesitan, barreras arquitectónicas) donde se agrupan numerosos riesgos de fácil modificación, dotando al servicio de medios necesarios para evitar dichos riesgos.<sup>19</sup></p>
<p><b>CAMPO:</b> 1 Fisiológico: Básico  <b>CLASE:</b> F Facilitación del autocuidado  <b>INTERVENCIÓN:</b> 1800 Ayuda con el autocuidado</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente</li> <li>- Proporcionar los objetos personales deseados.</li> <li>- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.</li> <li>- Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidado.</li> <li>- Proporcionar un ambiente terapéutico garantizando una experiencia cálida,</li> </ul>	<p>La enfermería juega un papel fundamental en la práctica hospitalaria ya que ayuda a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico. Para poner en práctica el autocuidado de la salud es importante examinar los factores que influyen, ver qué tipo de problemas en salud se presentan y conocer el déficit de autocuidado. Para ello hay que recabar información sobre estos factores (valoración) y poner en marcha estrategias de autocuidado planificando intervenciones (diagnóstico y planificación) que puedan ser llevadas a cabo por parte del personal de enfermería y por el propio paciente (ejecución), motivándolo para que participe de forma activa en el manejo y control de su propia salud.<sup>20</sup></p>

<sup>18</sup> Ana Isabel Mesas Alcañiz. "RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN USUARIOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE"

<sup>19</sup> Vítolo, Fabián. "CAÍDAS EN INSTITUCIONES DE SALUD-MANEJO DE RIESGOS"

<sup>20</sup> Delia Esperanza Sillas González\* Ma. Lourdes Jordán Jinez "Autocuidado, Elemento Esencial en la Práctica de Enfermería"

relajante, privada y personalizada.	
<b>EJECUCIÓN</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
-28/03/21 23:10 Se realiza valoración del riesgo de caídas a través de la escala Downton. Se proporciona un ambiente libre de peligros, se mantiene con los barandales en alto, freno de camilla, se acercan pertenencias personales y se ayuda en el autocuidado.	La puntuación diana se logra aumentar a 12 debido a que el paciente recupera el estado de conciencia y no presenta caídas durante el turno.

- **EVALUACIÓN**

De acuerdo a los objetivos planteados fueron cumplidos, ya que se realizaron diagnósticos reales y las intervenciones para cubrir las alteraciones del paciente que comprometían su vida. El paciente al término del turno logro alcanzar metas de saturación del 95%, PAM >65 y recuperar el estado de conciencia. Se establecieron diagnósticos de riesgo el cual ayudo a realizar intervenciones independientes y mantener la seguridad del paciente dentro del ambiente hospitalario.

- **CONCLUSIONES**

Un adecuado Proceso de Enfermería supone mayor calidad de cuidados para el paciente y una mejoría de la enfermedad durante la estancia hospitalaria ya que se realizan actividades planeadas, basadas en una valoración previa a través de los Patrones Funcionales de Margory Gordon.

El Proceso de Enfermería nos permite como profesionales de la salud enlazar los conocimientos científicos y la práctica clínica, de igual manera, nos da la oportunidad de realizar un conjunto de fases y etapas individualizadas del paciente, en donde es importante conocer la anatomía, fisiología, fisiopatología del o los órganos afectados así como la historia de la enfermedad

- **GLOSARIO**

- **Inotropismo:** describe aquella cualidad que respecta a la contractibilidad del músculo. Se dice que existe efecto inotrópico positivo cuando mejora la capacidad de contracción muscular.
- **FiO<sub>2</sub>:** Fracción inspirada de oxígeno, expresada en concentración y se mide en porcentaje. En el caso del aire ambiental la FiO<sub>2</sub> es del 21%.
- **Hematoquecia:** Emisión de sangre de color rojo-vinoso por el recto, generalmente no acompañada de heces. El origen de este sangrado suele estar en tramos bajos de intestino delgado o en el colon derecho.
- **Nitrofurantoina:** Bactericida. Interfiere en los procesos enzimáticos de respiración celular, metabolismo glucídico y síntesis de pared bacteriana.
- **Polaquiuria:** Signo urinario, componente del síndrome miccional, caracterizado por el aumento del número de micciones (frecuencia miccional) durante el día, que suelen ser de escasa cantidad y que refleja una irritación o inflamación del tracto urinario.
- **Piuria:** Es un signo urinario, caracterizado por la presencia de pus en la orina y que refleja una infección en algún órgano o punto del sistema nefro-urinario.
- **Polipnea:** Consiste en un aumento de la frecuencia y aumento de la profundidad respiratorias.
- **Postcarga:** Es la presión de la pared miocárdica necesaria para vencer la resistencia o carga de presión que se opone a la eyección de sangre desde el ventrículo durante la sístole. A mayor postcarga, más presión debe desarrollar el ventrículo, lo que supone más trabajo y menor eficiencia de la contracción.
- **Disoxia:** Situación donde la producción de ATP se encuentra limitada por el oxígeno, impidiendo realizar la “respiración mitocondrial” perdiéndose la estructura y función celular.
- **Ligamento de Treitz:** Es una estructura delgada y fuerte formada por tejido conectivo y fibras musculares. Se encarga de elevar el duodeno hacia el pilar izquierdo del diafragma. También es conocido como ligamento suspensorio del duodeno
- **Hb:** Hemoglobina
- **Hormona Antidiurética:** La hormona antidiurética participa en el mantenimiento del equilibrio homeostático, es decir, en la autorregulación del medio interno de los organismos. Funciona como neurotransmisor, inhibiendo las descargas del núcleo supraóptico y paracentricular. E incluso actúa en la amígdala cerebral como ‘hormona del miedo’. Cuando la vasopresina se administra intracerebralmente, es capaz de ejercer de antipirético y analgésico.
- **IVU:** Infección Vías Urinarias
- **IAAS:** Infecciones asociadas a la atención sanitaria

- **BIBLIOGRAFÍA**

- Pérez I. & Pérez R. 2007. Capítulo 1 ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL CORAZÓN. 25- 04- 2021 Abordaje del paciente con infarto agudo de miocardio. Disponible en: <https://www.faeditorial.es/capitulos/infarto-miocardio.pdf>
- Medécigo-Micete AC; Anayo-Coeto TS; Arce-Herrera RM; Calderon-Cisneros E; Castañeda Vivas JJ; Cruz Hernández F; Díaz-Velazquez MF & Oliva-Cristema J. 2017. Diagnóstico y Tratamiento DEL CHOQUE HEMORRAGICO EN OBSTETRICIA. 26 – 04 – 2021. GPC Guía de Práctica Clínica. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-162-09/ER.pdf>
- Tamariz-Cruz O., Moyao-García D. & Carrillo-Esper R. 2004. Parámetros de Práctica Mexicanos para el Diagnóstico y Manejo de los Estados de Choque. Revista Mexicana de Anestesiología. Vol. 27. Pp 204 – 228. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2004/cmas042b.pdf>
- López F., Pérez G., Tapia E. Paz D. & Ochoa X. 2018. Choque hipovolémico. Anales Médicos. Asociación Médica Centro ABC. Vol. 63. Pp 48 – 54. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2018/bc181h.pdf>
- Fuente J., Días R., Franco B., González H., Jiménez E. & Vázquez L. 2009. Diagnóstico y tratamiento de Sepsis Grave y Choque Séptico en el adulto. 26- 04 – 2021. GPC Guía de Práctica Clínica. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/084\\_GPC\\_Sepsisgveyc\\_hoqueseptico/SepsisGrave\\_y\\_Choque\\_ER\\_CENETEC.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/084_GPC_Sepsisgveyc_hoqueseptico/SepsisGrave_y_Choque_ER_CENETEC.pdf)
- Ruhn C., Pairumani M. & Hernández P. 2011. Manejo del paciente en shock séptico. Revista Médica clínica las Condes. Vol. 22. PP 293 – 301. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-manejo-del-paciente-shock-septico-S0716864011704291>
- Abrego E., Lagunes A., Nudding H., Quiroz J. & Sánchez S. 2009. Diagnóstico y tratamiento de la infección aguda no complicada del tracto urinario en la mujer. 26 – 04 2021. GPC Guía de Práctica Clínica. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/077\\_GPC\\_InfAgnocomp\\_deltractourinariomujer/tractourinario\\_de\\_la\\_mujer.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/077_GPC_InfAgnocomp_deltractourinariomujer/tractourinario_de_la_mujer.pdf)
- Casas I., Contreras E., Zuluaga S. & Mejía J. 2008. Diagnóstico y manejo de la insuficiencia respiratoria aguda. Neumología y Cirugía de Tórax. Vol. 67. PP 24 – 33. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2008/nt081e.pdf>
- Acevedo F., Ortiz C. & Díaz J. 2009. Intervención de enfermería en el paciente con shock séptico. Investigación en Enfermería. Vol 11. PP 27 – 45. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145220480003.pdf>
- Sanbonmatsu S., Pérez M. & Navarro J. 2014. Infección por citomegalovirus humano. 26 – 04 - 2021 Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Disponible en: [https://www.seimc.org/contenidos/ccs/revisionestematicas/serologia/ccs-2012\\_revisionesEIMC-citomegalovirus.pdf](https://www.seimc.org/contenidos/ccs/revisionestematicas/serologia/ccs-2012_revisionesEIMC-citomegalovirus.pdf)

- **ANEXOS**

- **Formato de valoración**

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL ADULTO CON  
BASE A LOS PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

DATOS GENERALES					
DATOS BIBLIOGRÁFICOS E INSTITUCIONALES					
	FECHA:	FECHA DE INGRESO:			
NOMBRE:		EDAD:		GÉNERO:	
EDO. CIVIL:		OCUPACIÓN:	ESCOLARIDAD:		
RELIGIÓN:		DOMICILIO:			
TELÉFONO:		INGRESO ECONÓMICO MENSUAL:			
SERVICIO DE SALUD:	<input type="radio"/> IMSS	<input type="radio"/> ISSSTE	<input type="radio"/> SS	<input type="radio"/> OTRO	ESPECIFICAR:
SERVICIO:		NÚMERO DE CAMA:			
MOTIVO DE LA VISITA O PRINCIPAL PROBLEMA:					
DIAGNÓSTICO MÉDICO:					

ANTECEDENTES
ENFERMEDADES ANTERIORES:
ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:
PADECIMIENTO ACTUAL:

PATRONES FUNCIONALES DE SALUD					
PATRÓN MANTENIMIENTO/PERCEPCIÓN DE LA SALUD					
SERVICIOS PÚBLICOS CON LOS QUE CUENTA LA COMUNIDAD					Especificar:
SERVICIOS PÚBLICOS CON LOS QUE CUENTA LA CASA/HABITACIÓN					Especificar:
CARACTERÍSTICAS HIGIÉNICAS DE LA VIVIENDA					Especificar:
HÁBITOS HIGIÉNICOS QUE PRÁCTICA EL USUARIO EN EL HOGAR					Especificar:
CONTACTO CON ENFERMOS INFECTOCONTAGIOSOS	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO			Especificar:
CONTACTO CON ANIMALES DOMÉSTICOS	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO			Especificar:
HACINAMIENTO EN EL HOGAR	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO			
EXISTENCIA DE FACTORES DE RIESGO EN:	COMUNIDAD	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO		Especificar:
	HOGAR	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO		Especificar:
	TRABAJO	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO		Especificar:



INDICIOS:

ANOREXIA       NÁUSEAS       VÓMITO       PIROSIS       REGURGITACIONES   
POLIFAGIA       DISFAGIA       EDEMA       Especificar:  
DOLORGASTROINTESTINAL      Especificar localización y tipo:  
CRECIMIENTO GANGLIONAR      Especificar:  
EXISTENCIA DE CAMBIOS RECIENTES DE PESO       SI       NO      Especificar:

---

NUTRICIÓN       ENTERAL      DIETA      TIPO:  
 PARENTERAL      CANTIDAD:  
INGRESOS       ORALES      Especificar:  
 PARENTERALES      Especificar:  
OSTOMÍAS CON FINES DE ALIMENTACIÓN       Esofagostomía      Características:  
 Gastrostomía  
 Yeyunostomía

SONDA       Nasogástrica/Orogastrica      Especificar:  
 Nasointestinal/Orointestinal      Especificar:

---

RESULTADOS DE LABORATORIO

OBSERVACIONES:

PATRÓN ELIMINACIÓN						
EXCRECIÓN	CARACTERÍSTICAS					
	COLOR	OLOR	CONSISTENCIA/ ASPECTO	CANTIDAD/ VOLUMEN	FRECUENCIA	HORA/ DÍA ÚLTIMA MICCIÓN- EVACUACIÓN
ORINA						
HECES						
SUDOR						

¿Ha cambiado el patrón de eliminación intestinal en los últimos días?      SI  NO  Especificar:  
¿Ha cambiado el patrón de eliminación urinaria en los últimos días?      SI  NO  Especificar:  
¿Utiliza laxantes/enemas/supositorios?      SI  NO  Especificar:  
¿Utiliza algún medio para facilitar la micción?      SI  NO  Especificar:  
¿Utiliza medicamentos que alteren la función gastrointestinal?      SI  NO  Especificar:  
¿Utiliza medicamentos que alteren la función urinaria?      SI  NO  Especificar:

INDICIOS:

HALITOSIS	<input type="radio"/>	NICTURIA	<input type="radio"/>	GOTEO Y SALIDA DE ORINA	<input type="radio"/>
FLATULENCIA	<input type="radio"/>	DISURIA	<input type="radio"/>	TENESMO URINARIO	<input type="radio"/>
MASA RECTAL PALPABLE	<input type="radio"/>	ANURIA	<input type="radio"/>	INCONTINENCIA URINARIA	<input type="radio"/>
ESFUERZO AL DEFECAR	<input type="radio"/>	OLIGURIA	<input type="radio"/>	URGENCIA AL ORINAR	<input type="radio"/>
CONSTIPACIÓN	<input type="radio"/>	POLIURIA	<input type="radio"/>	SONDA DE DRENAJE URINARIO	<input type="radio"/> Especificar:
HEMORROIDES	<input type="radio"/>	HEMATURIA	<input type="radio"/>		
DOLOR AL EVACUAR	<input type="radio"/>	COLURIA	<input type="radio"/>		
URGENCIA PARA DEFECAR	<input type="radio"/>	PIURIA	<input type="radio"/>	DIÁLISIS PERITONEAL	<input type="radio"/> Especificar:

DISTENCIÓN ABDOMINAL	<input type="radio"/>	PROTEINURIA	<input type="radio"/>
FISURAS	<input type="radio"/>	GLUCOSURIA	<input type="radio"/>
INCONTINENCIA FECAL	<input type="radio"/>	POLAQUIURIA	<input type="radio"/>
OSTOMÍAS CON FINES DE ELIMINACIÓN		INTESTINAL	<input type="radio"/> Especificar:
		URINARIA	<input type="radio"/> Especificar:
DRENAJES	TIPO:	CARACTERÍSTICAS DE LA EXCRECIÓN	

RESULTADOS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE:

OBSERVACIONES:

PATRÓN ACTIVIDAD-EJERCICIO			
FRECUENCIA CARDÍACA:	FRECUENCIA DEL PULSO:	TENSIÓN ARTERIAL:	
PRESIÓN ARTERIAL MEDIA:	PRESIÓN DE LA ARTERIA PULMONAR:	P.V.C:	
CARACTERÍSTICAS DE	PULSO:		
	LLENADO CAPILAR:		
	RITMO CARDÍACO:		
DISPOSITIVOS			
ACCESOS VASCULARES	<input type="radio"/> VENOSO	<input type="radio"/> ARTERIAL	<input type="radio"/> ARTERIOVENOSO
			<input type="radio"/> Periférico
			<input type="radio"/> Central
			Fecha de instalación
MARCAPASOS	<input type="radio"/> TEMPORAL	<input type="radio"/> Invasivo	Localización:
	<input type="radio"/> PERMANENTE	<input type="radio"/> No invasivo	
MONITOREO CARDÍACO NO INVASIVO	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Especificar:
OTROS:			
INDICIOS:			
ARRITMIAS	<input type="radio"/>	LIPOTIMIAS	<input type="radio"/>
SOPLOS	<input type="radio"/>	VÉRTIGO	<input type="radio"/>
PIEL MARMÓREA	<input type="radio"/>	ACÚFENOS	<input type="radio"/>
SUDORACIÓN FRÍA	<input type="radio"/>	FOSFENOS	<input type="radio"/>
PALPITACIONES	<input type="radio"/>	VENAS VARICOSAS	<input type="radio"/>
DISTENCIÓN VENOSA YUGULAR.			
FRECUENCIA RESPIRATORIA:		CARACTERÍSTICAS DE LA RESPIRACIÓN:	
AUSCULTACIÓN DE CAMPOS PULMONARES:			
SECRECIONES	<input type="radio"/> OROFARÍNGEAS		
	<input type="radio"/> BRONCOPULMONARES		
DISPOSITIVOS			
OXIGENOTERAPIA	<input type="radio"/> BAJO FLUJO	Especificar:	
	<input type="radio"/> ALTO FLUJO	Especificar:	
VENTILACIÓN MECÁNICA	<input type="radio"/> INVASIVA	CÁNULA	<input type="radio"/> Nasotraqueal
			<input type="radio"/> Orotraqueal
			MODALIDAD VENTILATORIA:
			PARÁMETROS VENTILATORIOS:
			PRESIÓN NEUMOTAPONAMIENTO:
OXIMETRÍA DE PULSO	<input type="radio"/> NO INVASIVA		
	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Especificar: SatO2:
CAPNOMETRÍA	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Especificar: CO2:
OTROS:			

PATRÓN REPOSO-SUEÑO
Horas habituales de sueño en 24 hrs:



**PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTUAL**

NIVEL DE CONCIENCIA:

ORIENTACIÓN (Persona, tiempo, espacio)

ESCALAS GLASGOW

RAMSAY

EVA

	DIÁMETRO PUPILAR	FOTORREACCIÓN	MOVIMIENTOS OCULARES
O. DER.			
O. IZQ.			

PATRÓN RESPIRATORIO Especificar:

PROBLEMAS CON:

LA MEMORIA

Especificar:

LA CONCENTRACIÓN

Especificar:

EL RAZONAMIENTO

Especificar:

VISTA

Especificar:

¿Usa gafas? SI  NO  Fecha de última revisión:

OLFATO

Especificar:

AUDICIÓN

Especificar:

¿Usa dispositivo? SI  NO  Fecha de última revisión:

GUSTO

Especificar:

EQUILIBRIO

Especificar:

R E F L E J O S	SUPERFICIALES	Cremastérico <input type="radio"/> Abdominal <input type="radio"/> Plantar <input type="radio"/>	Especificar características:
	PROFUNDOS	Rotuliano <input type="radio"/> Aquileo <input type="radio"/> Bicipital <input type="radio"/> Otros: <input type="radio"/>	Especificar características:
	MUCOSOS	Corneal <input type="radio"/> Faríngeo <input type="radio"/>	Especificar características:
M U S C U L O	TONO VOLUMEN FUERZA	Especificar: Especificar: Especificar:	
P O S T U R A	DECORTICACIÓN DESCEREBRACIÓN OTRA:	Especificar: Especificar: Especificar:	

INDICIOS:			
ANISOCORIA <input type="radio"/>	HIPERESTESIA <input type="radio"/>	Especificar:	
MIDRIASIS <input type="radio"/>	HIPOESTESIA <input type="radio"/>	Especificar:	
MIOSIS <input type="radio"/>	PARESTESIA <input type="radio"/>	Especificar:	
NISTAGMOS <input type="radio"/>	PARÁLISIS <input type="radio"/>	Especificar:	
APRAXIA <input type="radio"/>	AFASIA <input type="radio"/>	Especificar:	
ATAXIA <input type="radio"/>	AGNOSIA <input type="radio"/>	Especificar:	
MIOCLONIAS <input type="radio"/>	DOLOR <input type="radio"/>	Especificar:	
IRRITABILIDAD <input type="radio"/>	SIGNOS MENÍNGEOS <input type="radio"/>	Especificar:	
CRISIS CONVULSIVAS <input type="radio"/>	OTROS:		

Características de la información que tiene el usuario/familia sobre su enfermedad y cuidados. Especificar:				
Existencia de capacidad en el usuario para la toma de decisiones	SI	<input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Especificar:
RESULTADOS DE LABORATORIO Y GABINETE: OBSERVACIONES:				
<b>PATRÓN AUTOCONCEPTO-AUTOPERCEPCIÓN</b>				
Percepción que tiene el usuario sobre sí mismo				Especificar:.
Aceptación de su imagen corporal	SI	<input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Especificar:
Preocupación por su aspecto físico	SI	<input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Especificar:
Satisfacción en el cumplimiento de su cometido	SI	<input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	
Existencia de preocupaciones	SI	<input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Especificar:
Existencia de algún temor	SI	<input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Especificar:
Estado de ánimo del usuario				Especificar:
Cooperación en sus cuidados	SI	<input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Especificar:
INDICIOS:				
NERVIOSISMO	<input type="radio"/>	CONDUTA VIOLENTA	<input type="radio"/>	OBSERVACIONES:
SUSPIROS	<input type="radio"/>	SENTIMIENTO DE CULPA	<input type="radio"/>	
TEMBLORES	<input type="radio"/>	MAL CONTACTO OCULAR	<input type="radio"/>	
APATÍA	<input type="radio"/>	DIFICULTAD PARA RELAJARSE	<input type="radio"/>	
OTRO:	<input type="radio"/>			

<b>PATRÓN ROL-RELACIONES</b>				
Personas con las que convive diariamente		Especificar:		
Personas significativas para el usuario		Especificar:		
Dificultades para el cumplimiento del rol	SI	<input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Especificar:
Existencia de sentimientos de pérdida	SI	<input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Especificar:
Existencia de dificultades en la familia	SI	<input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Especificar:
Existencia de dificultades en la familia para el cuidado del usuario	SI	<input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Especificar:
Existencia de abandono del usuario familia	SI	<input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Especificar:
Personas que dependen del usuario		Especificar:		
Persona que juega el rol de cuidador primario		Especificar:		
INDICIOS:				
TRISTEZA	<input type="radio"/>	REMEMORACIONES	<input type="radio"/>	OTROS:
LLANTO	<input type="radio"/>	DIFICULTAD PARA LA COMUNICACIÓN	<input type="radio"/>	
CÓLERA	<input type="radio"/>	CAMBIOS EN EL ESTADO DE ÁNIMO	<input type="radio"/>	
INTROVERSIÓN	<input type="radio"/>	DIFICULTAD PARA LA PARTICIPACIÓN	<input type="radio"/>	
EXTROVERSIÓN	<input type="radio"/>	INCAPACIDAD PARA LLORAR	<input type="radio"/>	
OBSERVACIONES:				

PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN	
Presencia de alteraciones en genitales	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Especificar:
Presencia de alteraciones en glándulas mamarias	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Especificar:
ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE:;	
MUJER	
MENARQUIA: DÍAS POR CICLO: F.U.M; GESTACIONES:	
PARTOS: ABORTOS:	CESÁREAS:
Métodos de planificación familiar que utiliza	Especificar:
Práctica autoexploración de glándula mamaria	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Especificar:
Existencia de flujo/hemorragia transvaginal	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Especificar:
Última citología cervical:	
HOMBRE:	
NÚMERO DE HIJOS	FECHA DE ULTIMO EXAMEN DE PRÓSTATA:
Practica autoexamen testicular	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Especificar:;
Existencia de problemas de próstata	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Especificar:
Prácticas sexuales seguras	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Especificar:
Infecciones de transmisión sexual que ha padecido	Especificar:
Limitaciones y cambios en la conducta o actividad sexual	Especificar:
Inquietudes relacionadas con el sexo	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Especificar:
OBSERVACIONES:	

PATRÓN AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS	
¿Cómo afecta la enfermedad su estilo de vida?	
¿Cómo ha vivido su estancia hospitalaria?	
Respuesta personal ante la situación causante de estrés	Especificar:
Las opciones elegidas para tratar situaciones de estrés han sido favorables para la salud.	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Especificar:
Respuesta familiar ante una situación de estrés	Especificar:
Existencia de dificultades familiares para afrontar el problema de salud del usuario	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Especificar:
Existencia de dificultades en el usuario para afrontar el problema de salud	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Especificar:
Existencia de búsqueda y aceptación de cuidados para la conservación y/o recuperación de la salud	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Especificar:
INDICIOS:	
INQUIETUD <input type="radio"/>	NEGACIÓN DEL PROBLEMA <input type="radio"/>
TENSIÓN MUSCULAR <input type="radio"/>	HIPERSENSIBILIDAD A LA CRÍTICA <input type="radio"/>
POSTURA RÍGIDA <input type="radio"/>	CONDUCTA MANIPULADORA <input type="radio"/>
MANOS HÚMEDAS <input type="radio"/>	AUTOCOMPASIÓN <input type="radio"/>
BOCA SECA <input type="radio"/>	OTROS:;
OBSERVACIONES:	

**PATRÓN VALORES-CREENCIAS**

Actitud religiosa del usuario

Existencia de conflictos internos sobre creencias

Existencia de incapacidad para realizar prácticas religiosas habituales

Demanda servicios religiosos

Mitos y creencias del usuario/familia relacionados con el cuidado de la salud

OBSEVACIONES:

SI  NO

SI  NO

SI  NO

Especificar:  
Especificar:  
Especificar:  
Especificar:

**ESCALA DE COMA GLASGOW**

Parámetro	Descripción	Valor
<b>Apertura Ocular</b>	Espontanea	4
	Voz	3
	Dolor	2
	Ninguna	1
<b>Respuesta Verbal</b>	Orientada	5
	Confusa	4
	Inapropiada	3
	Sonidos Incomprensibles	2
	Ninguna	1
<b>Respuesta Motriz</b>	Obedece	6
	Localiza	5
	Retirada al dolor	4
	Flexión	3
	Extensión	2
	Ninguna	1

**ESCALA GODET**

Grado	Símbolo	Magnitud	Extensión
<b>I</b>	+	Leve depresión, sin distorsión visible del contorno.	Desaparición casi instantánea
<b>II</b>	++	Depresión de hasta 4 mm	Desaparición en 15 segundos
<b>III</b>	+++	Depresión de hasta 6 mm	Recuperación 1 minuto
<b>IV</b>	++++	Depresión profunda de hasta 1 cm	Persistencia de 2 a 5 minutos



<b>ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS</b>		<b>ALTO RIESGO &gt; 2</b>
<b>CAÍDAS PREVIAS</b>	<b>NO</b>	<b>0</b>
	<b>SI</b>	<b>1</b>
<b>MEDICAMENTOS</b>	<b>Ninguno</b>	<b>0</b>
	<b>Tranquilizantes, sedantes, Diuréticos, antidepresivos, otros</b>	<b>1</b>
<b>DÉFICITS SENSORIALES</b>	<b>Ninguno</b>	<b>0</b>
	<b>Alteraciones visuales, auditivas</b>	<b>1</b>
<b>ESTADO MENTAL</b>	<b>Orientado</b>	<b>0</b>
	<b>Confuso</b>	<b>1</b>
<b>DEAMBULACIÓN</b>	<b>Normal</b>	<b>0</b>
	<b>Segura con ayuda, insegura</b>	<b>1</b>