



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y  
OBSTETRICIA**

**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “DR.  
BELISARIO DOMÍNGUEZ” SECRETARIA DE  
SALUD, CDMX**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA  
APLICADO EN PERSONA ADULTA JOVEN CON  
NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD Y  
PANCREATITIS AGUDA, BASADO EN EL  
MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

**PRESENTA:**

**AMADOR ALONSO LINDA ITZEL**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**



**ASESOR:**

**E.E.C. QUERUBÍN ENRÍQUEZ GONZÁLEZ**

CIUDAD DE MÉXICO 2022



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## INDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	4
2.	JUSTIFICACIÓN.....	5
3.	OBJETIVOS.....	6
	3.1. Objetivo general.....	6
	3.2. Objetivos específicos.....	6
4.	METODOLOGÍA.....	7
5.	MARCO TEÓRICO.....	8
	5.1. Enfermería como profesión disciplinaria.....	8
	5.2. El cuidado como objeto de estudio.....	8
	5.3. Proceso Atención de Enfermería.....	9
	5.4. Modelo de Virginia Henderson .....	13
	5.5. Neumonía Adquirida en la Comunidad.....	20
	5.6. Pancreatitis Aguda.....	22
6.	VALORACIÓN.....	25
	6.1 Ficha de identificación.....	25
	6.2 Descripción del caso clínico.....	25
	6.3 Síntesis valorativa de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson.....	26
7	DIAGNOSTICO.....	38
8	PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.....	39
9	PLAN DE ALTA.....	80
	10 CONCLUSION.....	82
	11 BIBLIOGRAFÍA.....	83
	12 GLOSARIO DE TERMINOS.....	94
	13 ANEXOS.....	96
	13.1 Anexo 1 Escala de Braden.....	96
	13.2 Anexo 2 Escala Visual Análoga.....	98
	13.3 Anexo 3 Escala de riesgo de caídas J.H.Downton.....	99

13.4 Anexo 4 Escala de RASS.....	100
13.5 Anexo 5 Escala de coma de Glasgow.....	102
13.6 Anexo 6 Valoración del Edema.....	103
13.7 Anexo 7 Terapia de presión negativa.....	103
13.8 Anexo 8 Escala de Daniels.....	104

## 1. INTRODUCCIÓN

El Proceso de Atención de Enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer cuidados sistematizados, lógicos y racionales basados en Enfermería Basada en Evidencia (EBE), que brinda la enfermera al individuo sano y enfermo. Concebido a partir de conocimientos teóricos y prácticos, que permite plantear y organizar acciones de enfermería, con la finalidad de dirigir y alcanzar un objetivo. La enfermera sostiene su práctica clínica y emplea la actitud de analizar o evaluar la estructura o consistencia de los razonamientos para brindar los cuidados.

Para enfermería el cuidado constituye la esencia de la disciplina e involucra, entre otros aspectos, las características personales de quien lo proporciona, las cuales pueden influir en la calidad del mismo, y entre estas se encuentra el profesionalismo. El profesionalismo en enfermería desarrolla una asociación reforzada con el equipo de salud, favorece la comunicación, la consecución de las metas compartidas y la entrega de un cuidado al paciente con altos estándares de calidad.<sup>1</sup>

El presente Proceso de Atención de Enfermería (PAE) fue aplicado en una persona Adulta joven internada en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” de la Secretaría de Salud, CDMX (Unidad de Cuidados Intensivos Adultos 1º piso), por Neumonía Adquirida en la Comunidad y Pancreatitis Aguda. Cabe mencionar que el consentimiento informado fue de manera verbal, con el fin de brindar un cuidado personalizado e integral, basado en Enfermería Basada en Evidencia, otorgando un cuidado humanístico, holístico y ético.

Este Proceso de Atención de Enfermería fue basado en el modelo de Virginia Henderson mediante las 14 necesidades básicas; para proporcionar intervenciones/actividades de enfermería basadas en evidencia y con ello brindar el cuidado y mantener una buena salud en la persona adulta joven.

Así mismo se da una explicación amplia sobre las cinco etapas del Proceso Atención de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson.

Por lo anterior, se pretende que este Proceso Atención de Enfermería tendrá como resultado una aportación de conocimientos a los futuros Licenciados de Enfermería; mediante una perspectiva adecuada para brindar el cuidado con altos estándares de calidad.

## **2. JUSTIFICACIÓN**

En este trabajo se propone aportar conocimientos sobre la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en la persona adulta joven con diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad y Pancreatitis Aguda, para ejecutar actividades de EBE con la finalidad de ejercer cuidado de forma holística, oportuna, eficiente, disminuyendo la posibilidad de cometer errores, así mismo desarrollando habilidades básicas para la planeación estratégica del cuidado.

Así mismo poder obtener el grado de Licenciada de Enfermería mediante la aplicación del Proceso Atención de Enfermería.

Cabe destacar que implementación de una teoría o modelo es determinante en el proceso de la valoración, debido a que es una guía en la toma de decisiones, además de ser el indicador sobre la calidad del cuidado, exponiendo de manera clara el rol autónomo y la especificidad del servicio, donde la persona y la salud, coinciden con el pensamiento humanístico.<sup>2</sup>

Además, la interacción entre enfermera-paciente, establece relaciones recíprocas e interdisciplinarias donde el proceso es dinámico y flexible, lo cual es importante y permite lograr la actuación de Enfermería y también la adaptación en áreas especializadas, en efecto se ejerce un mejor cuidado. Así mismo permite al profesional desarrollar el aprendizaje y adquirir habilidades; durante todo el ciclo vital.

### **3.- OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo general**

Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en una persona adulta joven con Neumonía Adquirida en la Comunidad y Pancreatitis Aguda, basado en el modelo de Virginia Henderson con la finalidad de brindar un cuidado personalizado e integral basado en Enfermería Basada en Evidencia (EBE), ejecutando un cuidado de calidad, humanístico, holístico y ético.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Obtener el grado de Licenciada de Enfermería mediante la aplicación del Proceso Atención de Enfermería.
- Identificar el estado de salud de la persona adulta joven mediante la valoración basada en las 14 necesidades de Virginia Henderson; para emitir Diagnósticos enfermeros basados en la taxonomía de la NANDA Internacional (2018-2020).
- Diseñar la planeación a través de actividades de enfermería de manera independiente e interdisciplinaria, fundamentadas en la evidencia y con ello poder obtener una mejoría en el estado de salud de la persona adulta joven.
- Evaluar las actividades ejecutadas; lo que permitirá determinar la evolución de la persona adulta joven mediante los resultados y la eficacia en su implementación.

#### **4. METODOLOGIA**

El Proceso de Atención de Enfermería se realizó en una persona adulta Joven de 28 años, durante los meses de febrero y marzo del presente año, en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” de la Secretaría de Salud de la CDMX.

Se explicó a la persona adulta joven y al familiar la importancia de realizar el Proceso de Atención de Enfermería, para la obtención de su consentimiento informado de manera verbal; se le pregunto si deseaba participar en el mismo, ellos aceptaron su participación siempre y cuando fuese confidencial.

Es importante considerar que se abordó la metodología del Proceso de Atención de Enfermería el cual se basa en cinco etapas, además se utilizó el modelo teórico de Virginia Henderson puesto que permite una metodología completa.

La etapa de valoración estuvo basada en las 14 necesidades de Virginia Henderson; se aplicó mediante entrevista, observación, exploración física y pruebas de laboratorio. Así mismo se hizo uso del expediente clínico. La información obtenida fue validada y organizada tanto en manifestaciones de independencia como en manifestaciones de dependencia.

En la etapa de diagnóstico se realizó un análisis de la información donde se identificaron las fortalezas y problemas de la persona adulta joven. Se formularon diagnósticos enfermeros de riesgo y reales, con base en la taxonomía NANDA 2018-2020.

Cabe destacar que en la etapa de planeación se les dio prioridad a los diagnósticos reales cuya situación estaba comprometiendo la vida de la persona adulta joven, para ello se establecieron intervenciones/actividades de enfermería basadas en evidencia, para obtener la resolución o disminuir la gravedad o riesgo de este.

En la etapa de ejecución se implementaron las intervenciones/actividades. Se tomaron decisiones de carácter independiente, para lograr la ejecución de cada actividad.

Finalmente, en la etapa de evaluación se analizó si las Intervenciones/actividades cumplieron con el objetivo de la planeación.



## **5. MARCO TEÓRICO**

### **5.1 Enfermería como profesión disciplinaria**

Para enfermería el cuidado constituye la esencia de la disciplina e involucra, entre otros aspectos, las características personales de quien lo proporciona, las cuales pueden influir en la calidad del mismo, y entre estas se encuentra el profesionalismo.<sup>1</sup>

Los cuidados de enfermería y la toma de decisiones que se necesita para ejecutarlos requieren que se realicen considerando la mejor evidencia disponible, la experiencia profesional y la opinión del paciente para mejorar la salud de la población.<sup>3</sup>

Enfermería Basada en la Evidencia resulta ser una herramienta fundamental, pues permite una mejoría en la calidad de atención, basada en evidencias científicas fundamentadas en investigaciones previas, como se ha demostrado en estudios empíricos mejorando la gestión del cuidado, ya que se promueven cuidados oportunos y eficientes, disminuyendo las posibilidades de cometer errores asociados a la práctica.<sup>4</sup>

### **5.2 El cuidado como objeto de estudio**

El cuidado de enfermería corresponde a un conjunto de acciones sistematizadas, organizadas, medibles, documentables y evaluables, basadas en modelos y teorías de enfermería y/o en la evidencia científica, realizadas con el fin de garantizar que una persona, con problemas reales o potenciales de salud, reciba una atención de enfermería segura, eficiente y eficaz, cuya finalidad sea lograr su máximo bienestar, esto incluye respetar y velar por los derechos del usuario en cuanto a confidencialidad, a la información en salud, a compañía, ayuda espiritual.<sup>4</sup>

El desarrollo de capacidades en investigación y en los cuidados basados en la evidencia es una de las prioridades que rigen el ejercicio de la enfermería. La conceptualización del cuidado, como constructo conductual, y a partir de esta concepción, se adquiere conocimientos de la formación del ser y saber hacer.<sup>5</sup>

### 5.3 Proceso Atención de Enfermería

A mediados del siglo XIX, en épocas donde la guerra era un común denominador en los países europeos, Florence Nightingale da el inicio a la disciplina de enfermería, fue la primera teórica que describió la Enfermería y la relacionó con el entorno, abordando con especial interés la observación como elemento primordial para brindar cuidado de Enfermería. Es así como indirectamente se cimienta el Proceso de Enfermería, que no se concebía en ese entonces como un proceso, pero que se encontraba implícito en cada una de las actividades de Enfermería.<sup>6</sup>

En noviembre de 1975 la Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería, A. C. considero que el Proceso Atención de Enfermería debe abarcar las siguientes etapas; valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, en la atención del individuo, familia y comunidad, quienes, a la vez, al hacerse conscientes de sus necesidades y problemas, serán capaces de participar en el mismo proceso, señalando o realizando actividades para mejorar la salud.<sup>7</sup>

El Proceso de Atención de Enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer cuidados sistematizados, lógicos y racionales, que brinda la enfermera al individuo sano y enfermo. Es un proceso concebido a partir de conocimientos teóricos y prácticos, que permite plantear y organizar acciones de enfermería, con la finalidad de dirigir y alcanzar un objetivo. La enfermera sostiene su práctica clínica y emplea la actitud de analizar o evaluar la estructura o consistencia de los razonamientos para brindar los cuidados.<sup>8, 9, 10, 11</sup>

Establece la autonomía en el trabajo del profesional de enfermería, garantizando el desarrollo de una práctica clínica, fundamentada en Enfermería Basada en Evidencia que promueve resultados de calidad y de aplicabilidad universal para el paciente, familia y profesional sanitario.<sup>12</sup>

El proceso atención enfermero está constituido por cinco etapas; valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, donde cada una se relaciona de forma cíclica y dinámica.

## **Etapas del proceso Atención de Enfermería**

### ***1ª Etapa Valoración***

Consiste en la recogida sistemática y continua, organización, validación y registro de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. La enfermera debe incluir las necesidades percibidas por el paciente, los problemas de salud, las experiencias relacionadas, las prácticas de salud, los valores y el estilo de vida. Los datos deben ser relevantes, para un problema de salud particular.<sup>8, 13</sup>

Se basa desde la entrevista, observación, exploración física, pruebas de laboratorio, expediente clínico. Los datos pueden ser subjetivos o denominados también síntomas los cuales solo resulta aparentes para el paciente y puede describirlos.

Los datos objetivos o denominados signos pueden ser medidos por la enfermera, se pueden observar, escuchar, palpar, y se pueden identificar mediante la exploración física. Se deben organizar de modo que tengan una secuencia y faciliten la detección del problema, manifestando la independencia y dependencia de cada necesidad para la planificación del cuidado.

### ***2ª Etapa Diagnóstico***

En esta fase los profesionales de enfermería usan las habilidades del pensamiento crítico para analizar los datos obtenidos mediante la valoración y así poder identificar las fortalezas y problemas del paciente.<sup>14</sup>

La NANDA internacional define un diagnóstico como un juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o vulnerabilidad para esa respuesta, de un individuo, familia, grupo o comunidad.<sup>14</sup>

Las enfermeras diagnostican problemas de salud, estados de riesgo y disposición para la promoción de la salud.

***Diagnóstico enfermero enfocado en el problema:*** un juicio clínico con respecto a una respuesta humana indeseable a una condición de salud/proceso vital que existe en el individuo, familia, grupo o comunidad.<sup>14</sup>

***Diagnóstico enfermero de riesgo:*** un juicio clínico con respecto a la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad de desarrollar una respuesta humana indeseable a una condición de salud/proceso vital.<sup>14</sup>

**Diagnóstico enfermero de promoción de la salud:** un juicio clínico con respecto a la motivación y el deseo de mejorar el bienestar y actualizar el potencial de salud humana. Estas respuestas se expresan mediante una disposición a mejorar las conductas de salud específicas y se pueden utilizar en cualquier estado de salud. Pueden existir respuestas para la promoción de la salud en un individuo, familia, grupo o comunidad.<sup>14</sup>

Cada diagnóstico enfermero tiene una etiqueta y una definición clara, además tiene indicadores de diagnóstico los cuales incluyen características definitorias, factores relacionados y factores de riesgo. Los factores relacionados son etiologías, circunstancias, datos o influencias que tienen algún tipo de relación con los diagnósticos enfermeros. Los factores de riesgo son influencias que aumentan la vulnerabilidad del individuo, familia, grupo o comunidad antes de un evento no deseable.<sup>14</sup>

Proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable, y así poder brindar un cuidado de calidad.

Constituye un proceso que tiene implícito un grupo de acciones y dentro de estas un grupo de operaciones específicas que implican un razonamiento y un juicio. Las diversas operaciones cognitivas implicadas en la adquisición y uso de la información clínica; así como que esta información solo se logra a través de la interacción enfermera-paciente. La calidad de esta interacción afecta directamente la información que se obtiene y como consecuencia el diagnóstico que se realiza.<sup>9</sup>

### **3ª Etapa Planeación**

Una vez identificados los diagnósticos se deben establecer prioridades de los que han sido seleccionados para determinar, a su vez, las prioridades de los que han sido seleccionados para determinar, a su vez, las prioridades de atención. Se deben identificar los diagnósticos enfermeros de alta prioridad para que se pueda dirigir la atención a la resolución de estos problemas o disminuir su gravedad o el riesgo de ocurrencia.

Se define intervención como “cualquier tratamiento basado en el juicio clínico y razonamiento, que realiza una enfermera para, mejorar los resultados”.

Las enfermeras realizan intervenciones independientes e interdisciplinarias utilizando el conocimiento de enfermería basada en evidencia y brindar un cuidado de calidad.

Consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera-paciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería.<sup>6</sup>

#### ***4ª Etapa Ejecución***

Es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería.<sup>6</sup>

#### ***5ª Etapa Evaluación***

Se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos.<sup>6</sup>

La evaluación está presente en cada una de las etapas descritas, de forma continua, y en cada una de ellas se evalúa.

## 5.4 Modelo de Virginia Henderson

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada.<sup>15</sup>

Virginia Henderson considero al paciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independencia e integridad o integración total de mente y cuerpo. Propuso las 14 necesidades humanas básicas en las que se basa la atención de enfermería.

Identificó tres niveles de relaciones enfermera-paciente en los que la enfermera actúa como sigue:

**Enfermera como sustituta.** Compensa lo que le falta a la persona cuando se encuentra en un estado grave o crítico. Cubre sus carencias y realiza las funciones que no puede hacer por sí misma. En este período se convierte, filosóficamente hablando, en el cuerpo del paciente para cubrir sus necesidades como si fuera ella misma.<sup>15</sup>

**Enfermera como ayudante.** Establece las intervenciones durante su convalecencia, ayuda al paciente para que recupere su independencia, apoya y ayuda en las necesidades que la persona no puede realizar por sí misma.<sup>15</sup>

**Enfermera como acompañante.** Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud, supervisando y educando en el autocuidado.<sup>15</sup>

### **Definición de Enfermería de Virginia Henderson**

Establece que la función específica de la enfermera es ayudar a la persona, enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y a hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápidamente posible.<sup>16</sup>

### **Metaparadigma de Virginia Henderson**

#### **Persona**

Es un ser integral, una unidad con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí.<sup>15</sup>

## **Entorno**

Es el conjunto factores y condiciones externas, entre ellas las relaciones con la familia y la comunidad. Las condiciones del entorno son dinámicas y pueden afectar a la salud y al desarrollo.<sup>15</sup>

## **Enfermería**

Es un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. Requiere de conocimientos básicos de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas para ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas.<sup>15</sup>

## **Salud**

Es el máximo grado de independencia que permite la mejor calidad de vida, un estado en el cual la persona puede trabajar, desarrollarse y alcanzar el potencial más alto de satisfacción en la vida, satisface las 14 necesidades básicas. La persona necesita independencia para poder satisfacer las necesidades básicas por sí misma, o cuando esto no es posible, la ayuda de otros. Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.<sup>15</sup>

Las 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Las cuales son:

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas.

10. Comunicarse con los demás expresando emociones.
11. Vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores.
12. Ocuparse en algo para realizarse.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.<sup>2</sup>

### **Descripción de las 14 necesidades básicas**

#### **1. Necesidad de respirar normalmente**

La necesidad de la respiración comprende la función fisiológica para proporcionar a las células del organismo, la cantidad indispensable de oxígeno (O<sub>2</sub>) y a la vez eliminar el dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) que resulta de la combustión celular. La respiración se conecta directamente con la función del corazón, el cual es el órgano central del aparato circulatorio.<sup>2</sup>

Valorar el patrón respiratorio, su frecuencia y profundidad, así como la presencia de disnea y su relación con la movilidad. Presencia de tos, expectoración, ruidos adventicios, hábito tabáquico, y adecuación del uso de medicación y dispositivos. Valorar frecuencia cardíaca y tensión arterial, regularidad o ritmo, igualdad, tensión y amplitud. Coloración de piel, mucosas y lechos ungueales.<sup>15</sup>

#### **2. Necesidad de comer y beber adecuadamente**

La necesidad de alimentación es esencial para que el ser humano mantenga su vida o asegure su bienestar, e incluye todos los mecanismos y procesos que van a intervenir en la provisión de alimentos y líquidos, así como en su ingestión, deglución, digestión e integración de los nutrientes para el aprovechamiento energético por parte del cuerpo.<sup>15</sup>

Valorar el grado de autonomía para alimentarse. Hábitos de hidratación y alimentación, tipo de dieta, apetito, alergias, dificultad a la masticación y deglución, presencia de náuseas y vómitos. Valorar peso, talla e índice de masa corporal.<sup>15</sup>

#### **3. Necesidad de eliminar por todas las vías corporales**

El organismo precisa eliminar los desechos que genera, resultantes del metabolismo, para su correcto funcionamiento. La excreción de desechos se produce principalmente por la orina y las heces, pero también a través de la transpiración, respiración pulmonar y la



menstruación. La piel además de su papel de termorregulación elimina agua, electrolitos como sodio, potasio y cloro; así como otros productos de excreción. Además, cierta cantidad de agua que se elimina por difusión (pérdidas insensibles). La valoración de la necesidad pretende conocer la efectividad de la función excretora de la persona (eliminación intestinal, vejiga, piel, menstruación). Describe la función y los aspectos relacionados con ella.<sup>2, 15</sup>

Valorar el grado de autonomía para la eliminación urinaria y fecal. Hábitos de eliminación, incontinencia o retención, estreñimiento, gases, sangrado y dolor.<sup>15</sup>

#### **4. Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas**

Según Virginia Henderson, un requisito fundamental indispensable para mantener la integridad, entendida ésta como la armonía de todos los aspectos del ser humano. Desde esta perspectiva, la satisfacción de esta necesidad está condicionada no solo por aspectos biológicos, sino también psicológicos, socioculturales y espirituales (edad, crecimiento, constitución, emociones, personalidad, cultura, rol social, etc.).<sup>15</sup>

El movimiento y la postura están gobernados por el sistema nervioso. El área motora voluntaria principal, localizada en la corteza cerebral, es la circunvolución central anterior o franja motora. La mayoría de las fibras motoras descienden del área motora y se cruzan en el bulbo raquídeo. Así pues, las fibras motoras procedentes del área motora derecha rigen los movimientos voluntarios del lado izquierdo del cuerpo y viceversa. La transmisión del impulso desde el sistema nervioso hasta el músculo esquelético es un proceso electroquímico que precisa de la presencia de un neurotransmisor.<sup>2</sup>

Valorar el grado de autonomía para la movilidad. Actividad física, fuerza, parestesia, hemiplejía, estabilidad, problemas podológicos, restricciones a la movilidad, equilibrio, y uso de dispositivos.

#### **5. Necesidad de dormir y descansar**

Se puede definir como la capacidad de una persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo del día, asociada tanto a la cantidad como a la calidad del sueño y descanso, así como la percepción del nivel de energía diurna. El descanso y el sueño son esenciales para la salud y básicos para la calidad de vida, el sueño restaura tanto los niveles normales de actividad como el equilibrio entre las diferentes partes del sistema nervioso central, es decir, restaura el equilibrio natural entre los centros neuronales.<sup>2</sup>

Valorar el patrón de sueño, problemas para dormir, sensación de haber descansado, insomnio, nistagmo leve, temblor de manos, enrojecimiento de la esclerótica, expresión vacía, ojeras, bostezos frecuentes, cambios en la postura. Condiciones del entorno.

#### **6. Necesidad de usar ropas adecuadas; vestirse y desvestirse**

Necesidad de proteger el cuerpo en función del clima, las normas sociales y los gustos personales. La satisfacción de esta necesidad implica capacidades cognitivas que permitan elegir adecuadamente las prendas, así como capacidades y habilidades físicas (fuerza, coordinación de movimientos, flexibilidad articular) suficientes para ponerse y quitarse la ropa.<sup>15</sup>

Valorar el grado de autonomía para vestirse. Uso de calzado seguro.

#### **7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales**

Se refiere a la necesidad de la persona de mantener la Temperatura corporal dentro de los límites normales según haga frío o calor, adecuando la ropa y modificando el ambiente.<sup>15</sup>

Valorar el grado de autonomía para regular su temperatura, condiciones ambientales.

#### **8. Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel**

Mantenerse limpio y tener un aspecto aseado es una necesidad básica que han de satisfacer las personas para conseguir un adecuado grado de salud y bienestar. El grado de higiene corporal es considerado un signo externo del estado de salud que presenta la persona. Por otro lado, es imprescindible procurar una piel íntegra, sana, limpia y cuidada que nos permita protegernos de las agresiones del medio y de la penetración de elementos no deseados en el organismo.<sup>15</sup>

Valorar el grado de autonomía para la higiene corporal y si ésta es correcta. Estado de la piel y mucosas. Higiene bucal. Utilizar escala de Braden (**véase en anexo 1**)

#### **9. Necesidad de evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas**

Se enmarca en la conveniencia de que la persona disponga de las habilidades y conocimientos necesarios que le permitan identificar las condiciones ambientales y conductuales que favorecen o aumentan el riesgo de sufrir accidentes, de tal manera que pueda prevenir los peligros sobre sí misma y también evitar lesionar a otras personas.<sup>15</sup>

Valorar el grado de autonomía para prevenir peligros. Nivel de conciencia. Capacidad para prevenir caídas, aspiraciones, quemaduras, dolor e infecciones. Peligros ambientales, alergias, déficits visuales o auditivos, tóxicos, violencia. Manejo del régimen terapéutico. Valorar riesgo de caídas (**véase en anexo 3**).

### **10. Necesidad de comunicarse con los demás expresando emociones**

El ser humano por naturaleza siente la necesidad de comunicarse y relacionarse, ser parte de una comunidad, de agruparse en familias, con amistades o en organizaciones sociales.<sup>15</sup>

Valorar dificultad en la comunicación verbal, en las relaciones sociales, familiares y sexuales. Situación de aislamiento social. Existencia y adecuación de una persona cuidadora.

### **11. Necesidad de vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores**

Esta necesidad persigue atender a los valores y creencias (incluidas las espirituales, pero no de manera exclusiva) que guían las decisiones y opciones vitales de la persona. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud. La importancia de esta necesidad radica en que todos necesitamos unos valores y creencias para poder desarrollarnos como tal. Además, posee una importante relación con el estado anímico y de pertenencia a un grupo.<sup>15</sup>

Valorar el grado de conocimiento y aceptación de su estado de salud, cambios vitales y de rol. Prácticas religiosas. Valores relacionados con la salud. Dificultad para tomar decisiones y afrontar situaciones difíciles. Testamento vital.

### **12. Necesidad de ocuparse en algo para realizarse**

Esta necesidad es el deseo que alienta al individuo a desarrollar todo su potencial, es decir, llegar a ser todo aquello de lo que es capaz. Maslow menciona: “El hombre debe ser realmente todo lo que en potencia puede ser. La autorrealización es un ideal al que todo hombre desea llegar, se satisface mediante oportunidades para desarrollar el talento y su potencial al máximo, expresar ideas y conocimientos, crecer y desarrollarse como una gran persona con el rol que le toca desempeñar.”<sup>2,15</sup>

Valorar la influencia de la salud en su situación laboral, social y familiar. Situación socioeconómica. Repercusión de su actual situación de salud en las diferentes áreas de su

vida y en las de su núcleo familiar. Participación en decisiones que le afectan. Circunstancias que influyen en su realización personal: autoconcepto/autoimagen, actitud familiar, el cansancio del cuidador habitual si es que lo hubiera.

### **13. Necesidad de participar en actividades recreativas**

El ser humano tiene Necesidad de ocio y recreo, que según Virginia Henderson constituye un requisito fundamental indispensable para mantener su integridad. Una situación de salud/enfermedad o acontecimiento vital puede romper dicha integridad de la persona en su situación de vida, ocasionando al individuo un problema de independencia total o parcial.<sup>15</sup>

Valorar las actividades de ocio habituales e influencia de la salud en su realización.

### **14. Necesidad de aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad**

La adquisición de conocimientos y adiestramiento del paciente se considera fundamental en los cuidados básicos de la persona para favorecer el manejo de la propia salud. Ésta puede empeorar o mejorar según el nivel de conocimientos que posea la persona acerca de su proceso. Con esta necesidad se pretende detectar las habilidades y conocimientos de la persona sobre las actividades beneficiosas para su salud, así como las limitaciones para el aprendizaje.<sup>15</sup>

Valorar el nivel de estudios, grado de información sobre su salud, alteraciones de la memoria, cognición, atención o percepción. Autoestima, imagen corporal.

## 5.5 Neumonía Adquirida en la Comunidad

La Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) constituye un problema de salud pública en México y en el mundo, y es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, así lo demuestran las estadísticas a nivel mundial, en donde las infecciones de vías respiratorias bajas (IVRB), entre las que se incluye la neumonía adquirida en la comunidad (NAC), constituyen una de las principales enfermedades en la lista de las primeras 30 causas de mortalidad a nivel mundial.<sup>17</sup>

Es una enfermedad común y potencialmente grave. Se asocia con una morbilidad y mortalidad considerables, especialmente en adultos mayores y en aquellos con comorbilidades significativas. A pesar de la gran cantidad de investigación e información y del desarrollo de agentes antimicrobianos, la neumonía continúa siendo una causa importante de complicaciones y muerte.<sup>18</sup>

La Organización Mundial de la Salud la define como una infección de los pulmones provocada por una gran variedad de microorganismos adquiridos fuera del ámbito hospitalario y que determinan la inflamación del parénquima pulmonar y de los espacios alveolares. La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es aquella patología que adquiere la población en general y se desarrolla en una persona no hospitalizada o en los pacientes hospitalizados que presentan esta infección aguda en las 24 a 48 horas siguientes a su hospitalización.<sup>17</sup>

A la exploración física se puede encontrar fiebre (menos confiable en adultos mayores), taquipnea y taquicardia. En pacientes con sepsis o enfermedades comórbidas subyacentes (como enfermedad hepática terminal o desnutrición) los pacientes se pueden presentar con hipotermia en lugar de fiebre. A la auscultación se puede encontrar egofonía o sonidos respiratorios bronquiales.<sup>18</sup>

La neumonía se caracteriza por un infiltrado pulmonar de nueva aparición en la radiografía de tórax junto con fiebre, tos, producción de esputo, falta de aire, hallazgos físicos de consolidación, y leucocitosis. El dolor torácico pleural y el estado confusional a menudo están presentes.<sup>18</sup>

El diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) se debe abordar desde cuatro dimensiones ya que cada una ofrece información distinta pero complementaria: a) cuadro cínico, b) radiografía de tórax (permite confirmar la afección del parénquima pulmonar, así como la extensión del daño, c) estudios microbiológicos y serológicos (con ellos se obtiene información relacionada al agente etiológico) y d) estudios de laboratorio clínico. Debe sospecharse neumonía en un paciente con tos (con o sin expectoración), fiebre, aumento

de la frecuencia respiratoria, dolor torácico y signos de condensación en el examen físico del tórax. La presentación, los síntomas y signos clínicos pueden ser muy variables. El comienzo puede ser agudo o insidioso. El primero es característico de las neumonías llamadas «típicas» de etiología bacteriana y particularmente neumocócica. Éstas presentan fiebre alta (80%), escalofrío (40%) tos con expectoración purulenta, dolor de tipo pleurítico (30%) y franco compromiso del estado general. En el examen físico se constata la fiebre y además se puede documentar taquipnea (45-70%) o taquicardia, se puede presentar cianosis y/o compromiso en otros órganos.<sup>17</sup>

El tratamiento de la neumonía incluye el uso de antibióticos, reposo, fluidos, el manejo de complicaciones y cuidados profesionales en casa. El oxígeno suplementario es indispensable para mejorar la saturación de oxígeno en los gases en sangre arterial.<sup>18</sup>

Los pacientes que tienen una saturación de oxígeno <94% deben ser considerados para suplementación de oxígeno, aún sin condiciones médicas preexistentes o comorbilidades. Se recomienda la suplementación de oxígeno con ventilación no invasiva en pacientes adultos con neumonía adquirida en la comunidad.<sup>18</sup>

Se recomienda iniciar tratamiento en pacientes admitidos a UCI con: 1. betalactámico IV asociado a un macrólido por la misma vía, y 2. si no se pueden administrar macrólidos se sugiere la combinación de betalactámico más quinolona IV. Se sugiere una combinación inicial con un betalactámico (ceftriaxona, cefotaxima, cefalotina, o ampicilina sulbactam) más tratamiento IV con azitromicina en pacientes hospitalizados que requieren cuidados en terapia intensiva. Para quienes no puedan tomar azitromicina, se sugiere una fluoroquinolona (levofloxacino o moxifloxacino) como segundo agente (Ej. combinado con una beta lactámico).<sup>18</sup>

## 5.6 Pancreatitis Aguda

La pancreatitis aguda es uno de los trastornos gastrointestinales más comunes que requieren hospitalización. Su incidencia anual es de 1345/100000 personas. La mayoría son leves y autolimitadas, 30% son moderadamente graves y 10% son graves.<sup>19</sup>

La pancreatitis aguda (PA) tiene una incidencia creciente y es una de las enfermedades gastrointestinales que con más frecuencia requiere hospitalización. Los nuevos conocimientos sobre la fisiopatología de la enfermedad nos indican que la gravedad de la PA viene marcada por la repercusión sistémica que ocasiona (fallo orgánico), sobre todo si es persistente, y también por las complicaciones locales que se pueden desarrollar (coleciones líquidas o necrosis), especialmente si se infectan. El tratamiento ha de ser personalizado y la actuación dependerá de la situación clínica, la localización de la necrosis y el momento evolutivo en que se encuentre el paciente.<sup>20</sup>

### Etiología

- Los cálculos biliares ocupan la primera causa (40%), más prevalente en mujeres; al migrar pueden obstruir el conducto pancreático, mecanismo compartido con la CPRE (5-10%), páncreas divisum y disfunción del esfínter de Oddi.
- El consumo prolongado de alcohol (4-6 bebidas/día >5 años) es la segunda causa (30%), al disminuir el umbral de activación de la tripsina causando necrosis celular.
- La hipertrigliceridemia es la tercera causa (2-5%) en ausencia de otros factores etiológicos, con un riesgo de 1,5% y cuando sus niveles son >1000 mg/dL asciende a 20,2%.
- El tabaquismo está asociado al 50% de los casos de PA. Los fumadores activos tienen 20% más riesgo de padecer enfermedad pancreática al compararlos con los exfumadores.
- Los fármacos causan menos del 5% de los casos de PA, la mayoría leves. Entre ellos: azatioprina, didanosina, estrógenos, furosemda, pentamidina, sulfonamidas, tetraciclina, ácido valproico, 6-mercaptopurina, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina y mesalamina.
- La obesidad es un factor de riesgo bien establecido para PA y es más severa en obesidad central; la DM2 aumenta 2-3 veces el riesgo de padecerla. La cirrosis duplica su mortalidad.<sup>19</sup>

## **DIAGNÓSTICO**

Se realiza con 2 o más de los siguientes criterios: dolor abdominal superior característico, niveles elevados de lipasa y amilasa sérica al menos 3 veces el valor normal y/o hallazgos en imágenes de abdomen: USG, TCC o RM.<sup>19</sup>

## **HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO**

El dolor abdominal en el cuadrante superior izquierdo, región periumbilical y/o epigastrio por lo común aparece súbitamente y puede generalizarse e irradiarse a tórax y espalda media. Inicia después de ingesta de comida grasosa o alcohol. Se asocia a náuseas y vómitos, sensación de llenura, distensión abdominal, hipo, indigestión y oliguria. Los hallazgos físicos son variables y puede incluir fiebre, hipotensión, taquicardia, taquipnea, ictericia, diaforesis y alteración del estado de conciencia. Puede encontrarse hipersensibilidad y resistencia abdominal a la palpación e incluso signos de irritación peritoneal.

Exámenes de laboratorio Deben ser específicos para realizar una valoración completa y sistemática del paciente. Incluyen: hematología completa, panel metabólico (triglicéridos, función renal y hepática), niveles de lipasa y amilasa, lactato deshidrogenasa, calcio, magnesio, fósforo (si hay antecedente de abuso de alcohol) y uroanálisis. De acuerdo con el escenario clínico: PCR, gases arteriales y niveles de IL-6 o IL-8.<sup>19</sup>

Exámenes de imágenes las guías de la ACG recomiendan que a todo paciente con sospecha de PA se le realice USG abdominal, el cual es útil para diagnóstico de PA biliar, pero limitado en presencia de gas intestinal superpuesto y coledocolitiasis, y no es útil para evaluar pronóstico. La TCC es el método diagnóstico estándar para la evaluación radiológica de la predicción y pronóstico de severidad de PA, y es de elección para el diagnóstico diferencial en pacientes con dolor abdominal severo que la simulen o con síntomas atípicos y elevaciones leves de las enzimas pancreáticas séricas, y en caso de fracaso terapéutico conservador o en el marco de deterioro clínico. El tiempo óptimo para realizarla es de 72-96 horas después del inicio de los síntomas.<sup>19</sup>

Existen 2 tipos

PA intersticial edematosa: Ocurre en 80-90% de los casos. Consiste en la inflamación aguda del parénquima pancreático y/o peripancreático sin tejido necrótico identificable por TCC. Resuelve durante la primera semana. <sup>19</sup>



PA necrotizante: Inflamación asociada a necrosis pancreática y/o peripancreática detectable por TCC. Es la forma más agresiva.<sup>19</sup>

#### Tratamiento

Varios metaanálisis y revisiones concluyen que los carbapenémicos, especialmente imipenem/cilastatin, son la monoterapia empírica más efectiva para el tratamiento de la infección pancreática, también pueden ser efectivas las quinolonas, metronidazol y cefalosporinas a altas dosis, pues los patógenos más aislados son E. coli, Bacteroides, Enterobacter, Klebsiella, S. faecalis, S. epidermidis y S. aureus.<sup>19</sup>

La extracción de la vesícula biliar (colecistectomía) es el tratamiento definitivo para la prevención de ataques adicionales de pancreatitis aguda por cálculos biliares, Si no se actúa sobre la vesícula (enfermedad litiasica de base) existe la probabilidad de un nuevo episodio de PA (pudiendo ser grave y acompañado de mayor morbimortalidad) o de otras complicaciones relacionadas a la litiasis biliar.<sup>21</sup>

## 6.- VALORACIÓN

### 6.1 Ficha de identificación

Nombre: Víctor M.H.      Edad: 28 años      Fecha de nacimiento: 17/03/1991

Escolaridad: Secundaria      Ocupación: Desempleado      Estado civil: Soltero

Lugar de residencia: Iztapalapa

Diagnóstico médico: Neumonía Adquirida en la comunidad + Pancreatitis Aguda

### 6.2 Descripción del caso clínico

El Sr. Víctor M.H. de 28 años, ingresa al área de urgencias refiriendo dolor abdominal que inicia en epigastrio y se irradia a hipocondrio izquierdo, con duración de 15 días de evolución. Presenta náusea y vómito de contenido gastroalimentario, con compromiso respiratorio; manifestado por utilización de músculos accesorios para respirar, taquipnea de 30 respiraciones x' y saturación de oxígeno del 84%. Usa mascarilla Venturi con un FiO2 al 80%. Se realiza tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen con reporte de Pancreatitis Aguda.

El Sr. Víctor H. es trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos con datos de dificultad respiratoria, disociación toraco-abdominal, taquipnea, saturación de oxígeno de 80% y uso de mascarilla Venturi con un FiO2 al 80%. Posteriormente se inicia apoyo ventilatorio mediante la modalidad ventilación mecánica controlada (CVM) con FiO2 al 50%, PEEP 12 cmH2O, FR 20 x', bajo sedación y analgesia con Benzodiazepina y Opioide (MIDAZOLAM, FENTANYL) con RASS de 5 (**véase en anexo 4**). Su Frecuencia respiratoria 30 por minuto, SpO2 80 %, presión arterial sistémica de 140/60 mmHg, con Presión Arterial Media de 87 mmHg, taquicardia sinusal de 115 latidos por minuto y temperatura corporal de 39°C. Presenta estertores, piel pálida y seca, anasarca (**véase en anexo 6**), distensión abdominal a expensas de abdomen globoso, ruidos intestinales presentes y gasto urinario de coloración amarillo ámbar.

El Sr. Víctor H. se mantiene con monitoreo cardíaco, catéter Venoso Central Trilumen en Yugular Izquierda, línea arterial en miembro torácico derecho, Sonda nasogástrica 16 Fr a derivación y Sonda vesical 18 Fr.

El 6 de marzo es ingresado al área quirúrgica para realizar Laparotomía Exploratoria (LAPE) y colecistectomía, al finalizar la intervención quirúrgica ingresa a la Unidad de

cuidados intensivos adultos con terapia de presión negativa en abdomen (**véase en anexo 7**).

El Sr Víctor es originario de la Ciudad de México, actualmente vive con su esposa y sus 2 hijos en la alcaldía de Iztapalapa. Anteriormente trabajaba como músico, por este medio consumía bebidas alcohólicas y fumaba tabaco; así mismo se alimentaba de comida rica en lípidos y carbohidratos. Actualmente trabaja como chofer de transporte público. Su casa cuenta con todos los servicios básicos de vivienda. Muestra facies de ansiedad, al cuestionarlo menciona que le genera ansiedad su estado de salud.

### **6.3 Síntesis valorativa de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson**

#### **Necesidad de respirar adecuadamente**

##### **Manifestaciones de independencia**

Ruidos cardiacos rítmicos y de buena intensidad; llenado capilar de 3 segundos, frecuencia cardiaca de 92 por minuto y presión arterial sistémica de 113/64 mmHg.

El Sr. Víctor cuenta con una buena ventilación en su casa.

##### **Manifestaciones de dependencia**

El Sr. Víctor comenzó a fumar tabaco desde los 14 años cuando comenzó a trabajar como músico. Su frecuencia respiratoria es de 28 por minuto y la saturación de oxígeno de 89%. Presenta dificultad para respirar cuando realiza actividad física moderada. Tiene apoyo ventilatorio mediante la modalidad ventilación mecánica controlada (CVM) con un FiO2 50% PEEP 12 cmH2O FR 20 x'. Se auscultan estertores subcrepitantes en lóbulos inferiores. Tiene instalado un Catéter Venoso Central Trilumen en Yugular Izquierda. El día 4 de marzo se realiza extubación y se suministra oxígeno con mascarilla Venturi con FiO2 al 60%.

MONITOREO DE SIGNOS VITALES Y OTROS PARÁMETROS PERIFÉRICOS.

PRIMERA SEMANA			
Día	Miércoles 26 febrero	Jueves 27 febrero	Viernes 28 febrero
Frecuencia Respiratoria	16 x min	16 x min	16 x min
SpO <sub>2</sub>	89%	94%	96%
Tensión Arterial	113/64 mmHg	116/67 mmHg	127/67 mmHg
Presión Arterial Media (PAM)	76 mmHg	65 mmHg	87 mmHg
FC	92 x min	96 x min	94 x min

Llenado capilar	3 segundos	3 segundos	2 segundos
-----------------	------------	------------	------------

SEGUNDA SEMANA					
Día	Lunes 2 marzo	Martes 3 marzo	Miércoles 4 marzo	Jueves 5 marzo	Viernes 6 marzo
Frecuencia Respiratoria	23 x min	22 x min	28 x min	33 x min	26 x min
SpO <sub>2</sub>	95%	92%	96%	94%	91%
Tensión Arterial	135/82 mmHg	137/91 mmHg	139/92 mmHg	111/65 mmHg	110/64 mmHg
Presión Arterial Media (PAM)	100 mmHg	106 mmHg	108 mmHg	80 mmHg	79 mmHg
FC	94 x min	104 x min	96 x min	98 x min	110 x min
Llenado capilar	2 segundos	2 segundos	3 segundos	2 segundos	2 segundos

TERCERA SEMANA					
Día	Lunes 9 marzo	Martes 10 marzo	Miércoles 11 marzo	Jueves 12 marzo	Viernes 13 marzo
Frecuencia Respiratoria	25 x min	20 x min	21 x min	22 x min	24 x min

SpO <sub>2</sub>	95%	97%	95%	90%	96%
Tensión Arterial	157/90 mmHg	160/85 mmHg	143/87 mmHg	130/80 mmHg	116/67 mmHg
Presión Arterial Media (PAM)	112 mmHg	110 mmHg	106 mmHg	97 mmHg	67 mmHg
FC	92 x min	90 x min	92 x min	110 x min	98 x min

Llenado capilar	2 segundos	2 segundos	2 segundos	3 segundos	2 segundos
-----------------	------------	------------	------------	------------	------------

### MONITOREO DE PARÁMETROS DEL VENTILADOR

PRIMERA SEMANA					
Modalidad de ventilador	CVM	FiO <sub>2</sub> 50%	CVM	FiO <sub>2</sub> 50%	CVM FiO <sub>2</sub> 45%
	PEEP de 8	FR16 x'	PEEP de 8	FR16 x'	PEEP 6 FR 16

SEGUNDA SEMANA					
Modalidad de Ventilador /Oxigenoterapia	VM A/C	VM A/C	Mascarilla Venturi FiO <sub>2</sub> 60%	Mascarilla Venturi FiO <sub>2</sub> 60%	Mascarilla Venturi FiO <sub>2</sub> 60%
	FiO 40% PEEP 8 FR16	FiO 40% PEEP 6 FR16			

TERCERA SEMANA					
Oxigenoterapia	Mascarilla Venturi FiO <sub>2</sub> 60%	Mascarilla Venturi FiO <sub>2</sub> 60%	Mascarilla Venturi FiO <sub>2</sub> 60%	Mascarilla Venturi FiO <sub>2</sub> 60%	Mascarilla Venturi FiO <sub>2</sub> 60%

### MEDICAMENTOS

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Vía
Enoxaparina sódica	60 mg	c/ 24 h	Subcutánea
Nifedipino	30 mg	c/ 6 h	Sonda nasogástrica
Enalapril	10 mg	c/12 h	Sonda nasogástrica
Amlodipino	5 mg	c/ 24 h	Sonda nasogástrica

Metoprolol	50 mg	c/24 h	Sonda nasogástrica
Micronebulizaciones con Salbutamol y Bromuro de Ipatropio 2.5mg		c/ 8 h	Vía nasal
Micronebulizaciones con Budesonida 50 mg/ml		c/ 12 h	Vía nasal

**Necesidad de Comer y beber adecuadamente.**

**Manifestaciones de independencia**

Su esposa refiere que en casa el Sr. Víctor se alimenta de forma independiente, toma regularmente 1100 ml de agua al día e ingiere sal de manera limitada.

**Manifestaciones de dependencia**

Su dieta es mayoritariamente de lípidos y carbohidratos e ingiere gran cantidad de bebidas endulzadas. Presenta piel pálida y mucosas orales secas. Su peso es de 90 Kg, con una talla de 1.78 cm y un IMC 28.4 kg/m<sup>2</sup>. En su horario de trabajo tenía 2 momentos para ingerir alimentos con un lapso de diferencia de 8 h (9:00 a 17:00 horas.). No ingiere fibra frecuentemente. Se encuentra en ayuno. Tiene prescrita infusión de Nutrición Parenteral Total de 1000 Kcal en 1440 ml para 24 horas.

**MONITOREO DE GLICEMIA CAPILAR EN AYUNO**

SEMANA			
Día	26/03/20	27/02/20	28/02/20
Glicemia capilar	89mg/dL	138mg/dL	120mg/dL

SEMANA					
Día	2/03/20	3/03/20	4/03/20	5/03/20	6/03/20
Glicemia capilar	143mg/dL	124mg/dL	133mg/dL	112 mg/dL	103mg/dL

SEMANA					
Día	9/03/20	10/03/20	11/03/20	12/03/20	13/03/20
Glicemia capilar	168mg/dL	111mg/dL	108mg/dL	116mg/dL	129mg/dL

Medicamento	Esquema	Vía
Insulina de acción rápida	130-180mg/dL:3UI, 180-200mg/dL:6UI, 201-250mg/dL:9UI, >250mg/dL:12UI	Intravenosa

Nutrición Parenteral Total de 1000 Kcal en 1440 ml	Para 24 h	Vía Intravenosa
--	-----------	-----------------

### **Necesidad de Eliminar por todas las vías corporales.**

#### **Manifestaciones de independencia**

Abdomen depresible a la palpación. Evacua una vez al día sin dolor al defecar. Heces blandas con coloración marrón, cuando presenta estreñimiento utiliza laxantes naturales. Presenta sudoración con el aumento de temperatura ambiental y cuando realiza alguna actividad.

#### **Manifestaciones de dependencia**

Ruidos intestinales hipoactivos y distensión abdominal. Tiene Sonda nasogástrica a derivación drenando contenido gástrico, sonda vesical de látex 18 Fr, fijada en la cara superior del muslo, con fecha de instalación 24/02/2020, orina amarillo ámbar y Terapia de Presión Negativa en Abdomen con drenaje de líquido serohemático.

#### **MONITOREO DE BALANCE DE LIQUIDOS**

	26/02/2020	27/02/2020	28/02/2020
Ingresos	354.9 ml	354.9 ml	354.9 ml
Medicamentos	290 ml	140 ml	290 ml
Evacuación	0 ml	0 ml	0ml
Diuresis	400 ml	380 ml	440 ml
Pérdidas insensibles	315 ml	315 ml	315 ml
Egresos	715 ml	695 ml	755ml
Balance total	-70.1 ml	-200.1 ml	-110.1 ml

	2/03/2020	3/03/2020	4/03/2020	5/03/2020	6/03/2020
Ingresos	354.9 ml	354.9 ml	551.2 ml	556.5 ml	556.5 ml
Medicamentos	140 ml	140 ml	290 ml	140 ml	290 ml
Evacuación	0 ml	0 ml	0 ml	0 ml	0 ml
Uresis	400 ml	420 ml	360 ml	400 ml	300 ml
Pérdidas insensibles	315 ml	315 ml	315 ml	342 ml	342 ml
Egresos	715 ml	735 ml	675 ml	742 ml	642 ml
Balance total	-220.1 ml	-240.1 ml	+166.2 ml	-45.5 ml	+209.5 ml

	9/03/2020	10/03/2020	11/03/2020	12/03/2020	13/03/2020
Ingresos	556.5 ml	556.5 ml	916.5 ml	556.5 ml	556.5 ml
Medicamentos	290 ml	140 ml	140 ml	290 ml	140 ml
Evacuación	0 ml	0 ml	0 ml	0 ml	0 ml
Uresis	450 ml	440 ml	420 ml	400 ml	450 ml
Pérdidas insensibles	342ml	315 ml	315ml	315ml	315ml
Egresos	792 ml	755 ml	735ml	715ml	765ml
Balance total	+54.5ml	+38.5 ml	+321.5 ml	+131.5 ml	-68.5ml

## MEDICAMENTOS

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Vía
Metoclopramida	10 mg	c/ 8 h	Intravenosa
Omeprazol	40 mg	c/24 h	Intravenosa
Furosemida	10 mg	c/8 h	Intravenosa



### **Necesidad de Moverse y mantener Posturas adecuadas.**

#### **Manifestaciones de independencia**

Su esposa refiere que antes del padecimiento actual del Sr. Víctor, el deambulaba en forma independiente, caminaba una distancia aproximada de 1 km. Así mismo era capaz de realizar actividades de manera independiente.

#### **Manifestaciones de dependencia**

Su esposa comenta que debido a que él es chofer de transporte público, no realiza actividad física y se mantiene en una postura sedente la mayoría del tiempo.

El Sr. Víctor se encuentra en cama, tiene poca movilidad para efectuar movimientos y cambiar de posición, la puntuación en escala Daniels es de 3 (**véase en anexo 8**). EVA de 3 en herida quirúrgica (**véase en anexo 2**).

#### **MEDICAMENTOS**

Medicamento	dosis	frecuencia	vía
Dexmedetomidina	400 mcg	dosis respuesta	intravenosa
Midazolam	105 mg	dosis respuesta	intravenosa
Fentanil	1 mcg	dosis respuesta	intravenosa

### **Necesidad de Dormir y Descansar.**

#### **Manifestaciones de independencia**

Su esposa refiere que el Sr. Víctor duerme en su habitación debido a que es un lugar tranquilo y limpio; al ver televisión se queda dormido en ocasiones. Descansa en su sofá, debido a que en su trabajo no lo puede hacer, pues está en constante actividad en el transporte público.

#### **Manifestaciones de dependencia**

Posterior a la extubación, el Sr. Víctor refiere que tiene dificultad para permanecer dormido debido a que el personal de salud entra a la habitación para realizar sus actividades e interrumpe su sueño. Se encuentra somnoliento, refiere sentir ansiedad respecto a su padecimiento e inquietud por el estado de su familia.

### **Necesidad de usar Ropas adecuadas; Vestirse y desvestirse**

#### **Manifestaciones de independencia**

Su esposa refiere que el clima interviene en la toma de decisiones para la vestimenta del Sr. Víctor, de manera independiente él toma la decisión de elegir lo que se pondrá, también toma en cuenta una vestimenta apropiada a su trabajo. Se viste y calza de forma independiente.

#### **Manifestaciones de dependencia**

En este momento el Sr. Víctor se siente incómodo debido a que no se puede vestir de la manera que le agrada; el clima es cálido en su habitación. Al tener un aumento de temperatura corporal, solo está con bata, situación que le genera incomodidad. El cambio de bata es de manera diaria, el Sr. Víctor menciona que le es incómodo usar solo bata, puesto que el material es diferente al de su ropa.

### **Necesidad de mantener la Temperatura corporal dentro de lo normal**

#### **Manifestaciones de independencia**

Sabe utilizar termómetro digital; lo utiliza al sentir que mediante el tacto hay un aumento de la temperatura. No se automedica cuando presenta fiebre.

#### **Manifestaciones de dependencia**

Tiene temperatura corporal de 37.2°C. Utiliza una sábana o bata para mantenerse en eutermia. El día 5/03/2020 presenta rubor y temperatura corporal de 38.3°C.

#### **MONITOREO DE TEMPERATURA CORPORAL**

PRIMERA SEMANA			
Día	26/02/2020	27/02/2020	28/02/2020
Temperatura	37.2°C	36.8°C	37°C

SEGUNDA SEMANA					
Día	2/03/20	3/03/20	4/03/20	5/03/20	6/03/20
Temperatura	36.5°C	37.2°C	37.2°C	38.3°C	38.1°C

TERCERA SEMANA					
Día	9/03/20	10/03/20	11/03/20	12/03/20	13/03/20
Temperatura	37.9°C	37.5°C	37°C	37.5°C	36.5°C

## MEDICAMENTOS

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Vía
Metamizol sódico	1 g	Temperatura $\geq 38$	Intravenosa

### Necesidad de mantener la Higiene corporal y la Integridad de la piel.

#### Manifestaciones de independencia

En casa realiza baño total una vez al día; cambio de ropa total de manera diaria e higiene de manos antes y después de ir al sanitario, comer y cuando estas están visiblemente sucias. Lleva a cabo corte de uñas de manos cada mes y corte de uñas de pies una vez cada 2 meses. El corte de cabello lo realiza una vez cada 20 días. El aseo dental lo realiza 2 veces al día.

#### Manifestaciones de dependencia

Presenta halitosis y lengua saburral. Desconoce la técnica correcta del aseo dental. Tiene la piel seca. Tiene limitación física para bañarse en forma independiente. Refiere sentirse inseguro al momento de movilizarse durante el baño asistido en cama. Menciona realizar aseo bucal por las mañanas. Presenta herida quirúrgica en región abdominal sin datos de infección; se observa tejido de granulación en el lecho de la herida, con exudado serohemático, bordes de herida afrontados con uso de terapia de presión negativa.

### Necesidad de Evitar los Peligros ambientales y lesionar a otras personas.

#### Manifestaciones de independencia

Obtuvo puntaje de 15 mediante la escala de Glasgow (*véase en el anexo 5*).

Cuenta con esquema de vacunación completo. Su vivienda cuenta con servicios básicos de urbanización; no hay lugares con pisos resbalosos; ni con escalones altos, su piso es plano y no hay exceso de muebles en las habitaciones. No hay violencia intrafamiliar, ni por alguna persona conocida.

### **Manifestaciones de dependencia**

Ingiere bebidas alcohólicas y fuma tabaco desde los 15 años. Menciona que se siente seguro al tener los barandales de la camilla en alto, imagina que sin su uso podría sufrir una caída, también con el apoyo del camillero al movilizarse.

Mediante la escala de caídas Downton obtiene un puntaje de 6 (**véase en anexo 3**).

Mediante la escala de Braden tiene un puntaje de 13 presentando un riesgo moderado (**véase en anexo 1**).

Tiene catéter Venoso Central Trilumen en Yugular Izquierda, línea arterial en miembro torácico derecho, sonda nasogástrica 16 Fr a derivación y Sonda vesical 18 Fr.

### **MEDICAMENTOS**

PRIMERA SEMANA			
Medicamento	Dosis	Frecuencia	Vía
Clonixinato de lisina	100 mg	c/24 h	Intravenosa
Levofloxacino	250mg	c/12 h	Intravenosa
Vancomicina	500 mg	c/8 h	Intravenosa

SEGUNDA Y TERCERA SEMANA			
Medicamento	Dosis	Frecuencia	Vía
Meropenem	1 g	c/12 h	Intravenosa
Metronidazol	1 g	c/12 h	Intravenosa

### **Necesidad de Comunicarse con los demás expresando emociones.**

### **Manifestaciones de independencia**

Su comunicación es buena con su esposa y madre, con ellas manifiesta todo lo que acontece y expresa lo que siente en diversas temáticas, sabe que cuenta con el apoyo de sus familiares y amigos. Refiere tener buena memoria de las cosas o situaciones que acontecen en su vida.

### **Manifestaciones de dependencia**

El Sr. Víctor menciona que tiene ansiedad e incertidumbre ante su padecimiento actual, se observa en él tensión facial, menciona tener inquietud por sus hijos durante su estancia hospitalaria, así mismo menciona que le preocupa el estado económico de su familia. Casi no entabla conversación con el personal solo cuando le preguntan algo.

### **Necesidad de vivir de acuerdo con sus propias Creencias y Valores.**

### **Manifestaciones de independencia**

Refiere ser cristiano desde su infancia, asiste a la reunión de su congregación cada fin de semana, dios le brinda confort. Dice platicar con dios todas las mañanas, cree que eso lo mantiene bien durante el día. Considera que sus acciones tienen que concordar con lo que establece dios. En la hora de visita el Sr. Víctor realiza oración con su esposa.

### **Manifestaciones de dependencia**

No se identifican.

### **Necesidad de Ocuparse en algo para Realizarse.**

### **Manifestaciones de independencia**

Ha trabajado en el ámbito de la música desde los 12 años en sus tiempos libres, actualmente trabaja como chofer de transporte público. Está orgulloso de lo que ha logrado en su vida y de tocar instrumentos y eso es lo que más le agrada, ambos trabajos le han permitido cubrir las necesidades a su familia. No tiene problemas al expresarse con la gente que lo rodea, toma sus propias decisiones y si están son difíciles pide opinión de su esposa.

### **Manifestaciones de dependencia**

El trabajar en el transporte público le impide convivir con su familia y dedicarle el tiempo adecuado.

### **Necesidad de participar en Actividades Recreativas.**

### **Manifestaciones de independencia**

Menciona que cuando toca instrumentos musicales disminuye su nivel de estrés. Expresa que su estado de ánimo interviene para realizar estas actividades. Refiere aburrirse si

realiza actividades que no le agradan. En el hogar suele jugar con sus hijos juegos de mesa, asiste a eventos recreativos y asiste al cine en ocasiones.

### **Manifestaciones de dependencia**

Refiere estar aburrido la mayoría del tiempo. Se encuentra encamado y tiene poca movilidad.

### **Necesidad de aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad**

### **Manifestaciones de independencia**

Refiere que cuando un tema le parece interesante investiga acerca de ello para saber aún más, aprender no le cuesta trabajo, sus principales fuentes de conocimiento son internet; radio, televisión y las personas que cree que son adecuadas al tema. A pesar de no haber concluido el nivel académico que él hubiese deseado, se cree capaz de lograr aprender cuando se lo proponga.

### **Manifestaciones de dependencia**

Refiere incertidumbre de acuerdo con su padecimiento. En ocasiones se preocupa por no conocer lo que hablan los médicos al realizar su valoración diaria.

## 7.- DIAGNOSTICO

- I. Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con retención de secreciones manifestado por estertores subcrepitantes en lóbulos inferiores, saturación de oxígeno 89% y frecuencia respiratoria 28 x min.
- II. Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz relacionado con hipertensión arterial e inmovilidad.
- III. Sobrepeso relacionado con consumo de bebidas endulzadas y frecuencia alta en la ingesta de comida frita manifestado por índice de masa corporal 28.4 kg/m2.
- IV. Riesgo de nivel de glucemia inestable relacionado con control inadecuado de la glucemia.
- V. Exceso de volumen de líquidos relacionado con compromiso de los mecanismos reguladores manifestado por estertores subcrepitantes, aumento de la presión arterial y anasarca.
- VI. Motilidad gastrointestinal disfuncional relacionado con inmovilidad manifestado por abdomen distendido y ruidos intestinales hipoactivos
- VII. Patrón del sueño alterado relacionado con Insuficiente privacidad, obstáculos del entorno (ruido ambiental, entorno no familiar) manifestado por dificultad para permanecer dormido, somnolencia e insatisfacción con el sueño.
- VIII. Hipertermia relacionada con proceso infeccioso manifestado por temperatura corporal 38.3°C, rubor, taquipnea e irritabilidad.
- IX. Déficit de autocuidado: baño relacionado con debilidad muscular y dolor manifestado por deterioro de la habilidad para lavar el cuerpo
- X. Riesgo de úlcera por presión relacionado con inmovilización física, hipertermia, nutrición inadecuada y presión sobre las prominencias óseas.
- XI. Ansiedad relacionada con cambios en el estado de salud manifestado por incertidumbre por el padecimiento actual, tensión facial e inquietud.
- XII. Riesgo de caídas relacionado con alteración en el nivel de la glucosa en sangre, deterioro de la movilidad, somnolencia y entorno desconocido.
- XIII. Riesgo de infección relacionado con herida quirúrgica en región abdominal, catéter venoso central trilumen en yugular izquierda, línea arterial en miembro torácico derecho, sonda nasogástrica 16 french a derivación y sonda vesical 18 french.
- XIV. Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud relacionado con alcoholismo y tabaquismo desde los 15 años manifestado por fracasó al emprender acciones que prevendrían nuevos problemas de salud.

## 8.- PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

PLANEACIÓN	
<b>DOMINIO 11</b>	<b>CLASE 2</b>
Seguridad/Protección	Lesión física
<b>CÓDIGO NANDA</b>	<b>DIAGNÓSTICO</b>
00031	Limpeza ineficaz de las vías aéreas relacionado con retención de secreciones manifestado por estertores subcrepitantes en lóbulos inferiores, saturación de oxígeno 89% y frecuencia respiratoria 28 x min
<b>DEFINICIÓN</b>	Incapacidad para eliminar las secreciones y obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.
<b>OBJETIVO</b>	Mantener permeable la vía aérea
<b>RESULTADO</b>	<b>INDICADOR</b>
0410. Estado respiratorio: permeabilidad de vías aéreas	41004. Frecuencia respiratoria 41007. Ruidos respiratorios patológicos 41020. Acumulación de esputos
<b>INTERVENCIÓN /ACTIVIDADES</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<b>3160. Aspiración de secreciones</b>	La aspiración de secreciones se realiza a través de un catéter conectado a una toma de succión. Es recomendable mantener una presión negativa de 120-150 mmHg en adultos. Su inserción debe ser poco profunda para evitar efectos adversos, y no debe ser mayor de 15s en cada ocasión, porque se puede producir lesiones endobronquiales por aspiraciones vigorosas. <sup>22</sup> Evita la obstrucción de las vías aéreas, facilita la ventilación y



<p>316002. Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.</p>	<p>previene infecciones producidas por acúmulo de estas.<sup>23</sup></p> <p>Se deberán auscultar antes los pulmones valorando ritmo, intensidad y timbre, identificando la existencia de ruidos accesorios y después para validar la desaparición o disminución de estos.</p>
<p>316009. Hiperoxigenar con oxígeno al 100%, durante al menos 30 segundos antes de la aspiración.</p>	<p>La hiperoxigenación permite que la aspiración se realice de manera segura sin reducir seriamente los niveles de oxígeno arterial. Cuando se aspira a un paciente, además de secreciones se aspira oxígeno, es por ello por lo que se hace necesario hiperoxigenar al paciente antes y después de la aspiración.<sup>24</sup></p>
<p>316014. Dejar al Sr. Víctor conectado al ventilador durante la aspiración, en Aspiración de sistema cerrado.</p>	<p>Se ha demostrado la mejoría en el llenado capilar, mantiene permeable la vía aérea, conserva estable el volumen pulmonar y la PIC durante el procedimiento. Disminuye la aparición de arritmias cardíacas, al permitir la inflación pulmonar espontánea y el continuo flujo de oxígeno, de esta forma se mantiene una adecuada saturación de oxígeno. Tiene la ventaja de reducir infecciones Asociadas a la Atención de salud.<sup>23</sup></p>
<p>316016. Monitorizar el estado de oxigenación del Sr. Víctor (niveles de SpO<sub>2</sub>), estado neurológico, estado hemodinámico (nivel de PAM y ritmo cardíaco) inmediatamente antes, durante y después de la succión</p>	<p>Las arritmias pueden ser provocadas por la hipoxia miocárdica y por la estimulación del vago; se debe controlar la frecuencia; y ritmo cardíaco en todo momento mientras se realiza la aspiración de secreciones.<sup>24</sup></p>

<p>316023. Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones</p>	<p>Se deberá monitorizar el color, cantidad y consistencia de las secreciones y documentarlo.</p>
<p><b>3140. Manejo de la vía aérea (asegurar la permeabilidad de la vía aérea)</b></p>	<p>Observar la permeabilidad de la vía aérea ya que el acumulo de secreciones incrementa la resistencia de la vía aérea y el trabajo respiratorio; ello puede resultar en hipoxemia, hipercapnia, atelectasia e infección.<sup>24</sup></p>
<p>314005. Realizar fisioterapia torácica</p>	<p>En los cuidados críticos incluye el drenaje postural, la percusión de la pared torácica.<sup>25</sup></p>
<p>314013. Administrar medicamentos prescritos: Salbutamol y Bromuro de Ipratropio 2.5mg vía nasal (micronebulizaciones) cada 8 horas</p>	<p>Facilitan la movilización y eliminación de las secreciones de la vía respiratoria y mejorar la ventilación pulmonar.<sup>26</sup></p> <p>El bromuro de ipratropio es un fármaco anticolinérgico que inhibe los reflejos vágales por un antagonismo de la acción de la acetilcolina, neurotransmisor liberado por el nervio vago. La broncodilatación que se produce después de la inhalación de bromuro de ipratropio es principalmente local, produciéndose específicamente a nivel de los pulmones, y no tiene carácter sistémico. El salbutamol sulfato es un fármaco beta-2 adrenérgico que actúa a nivel del músculo liso de las vías aéreas produciendo miorelajación. El salbutamol relaja todo el músculo liso, de la tráquea a los bronquiolos terminales, y protege frente a todos los estímulos broncoconstrictores. Alivia el broncoespasmo, disminuir el trabajo de la respiración y, por consecuencia, aliviar la disnea.<sup>27, 28</sup></p>

<p>314013 Budesonida 50 mg vía nasal (micronibulizaciones) cada 12 horas</p> <p>314017. Administrar aire u oxígeno humificados</p> <p>314020. Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación.</p>	<p>Antiinflamatorio local, inhibe la liberación de mediadores inflamatorios y la respuesta inmune mediada por citoquinas.</p> <p>También inhibe la migración de los neutrófilos a las áreas de inflamación, disminuye la permeabilidad capilar, el edema y la acumulación de mastocitos en sitios de inflamación.<sup>29,30</sup></p> <p>La hidratación sistémica y la humidificación del aire inspirado junto con el lavado ayudan a reducir las secreciones para una aspiración y expectoración más fáciles.<sup>24</sup></p> <p>Durante la aspiración se debe observar la aparición de: signos de hipoxia, broncoespasmo.</p>
<b>EJECUCIÓN</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<p>La ministración de medicamentos se estableció en el horario de 8,16 y 24 hrs.</p> <p>Respecto a la aspiración de secreciones tuvieron una periodicidad de 6 horas, realizando 2 veces por turno y posteriormente una vez debido a la disminución de las secreciones.</p> <p>Se le mantuvo informada a su esposa respecto a la importancia de cada actividad.</p>	<p>Se logró mantener la permeabilidad de la vía aérea, se obtuvo la disminución de estertores subcrepitantes, las características de las secreciones aspiradas fueron espesas y hemáticas, posteriormente espesas amarillentas. Al realizar la aspiración de secreciones obtuvo un aumento en la saturación de oxígeno de un 90% a un 96%. El ritmo cardiaco aumento a 102 latidos por minuto.</p>

<b>PLANEACIÓN</b>	
<b>DOMINIO 4</b>	<b>CLASE 4</b>
Actividad/Reposo	Respuestas cardiovasculares/ pulmonares
<b>CÓDIGO NANDA</b>	<b>DIAGNÓSTICO ENFERMERO</b>
00228	Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz relacionado con hipertensión arterial, inmovilidad
<b>DEFINICIÓN</b>	Vulnerable a una disminución de la circulación sanguínea periférica que puede comprometer a la salud
<b>OBJETIVO</b>	Mantener perfusión tisular periférica estable
<b>RESULTADO</b>	<b>INDICADOR</b>
0407. Perfusión tisular: periférica	40617. Presión arterial media
<b>INTERVENCIÓN/ACTIVIDADES</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<p><b>2550. Mejora de la perfusión cerebral.</b></p> <p>255018. Administrar medicamento prescrito. Enoxaparina sódica 60 mg vía subcutánea c/24 h.</p>	<p>La oxigenación tisular se define como el aporte de oxígeno adecuado a la demanda. La demanda de oxígeno depende de los requerimientos metabólicos de cada tejido. Es necesario asegurar el bienestar de los órganos y tejidos mientras se trata la enfermedad de base del paciente. Para que dicha acción se lleve a cabo, es necesario asegurar el transporte de oxígeno y nutrientes a la célula para que esta realice sus funciones básicas.<sup>31</sup></p> <p>Profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa en pacientes no quirúrgicos, debido a una enfermedad aguda. La enoxaparina sódica es una heparina de bajo peso molecular. Tiene menor actividad inhibitoria de la trombina o factor IIa, pero mantienen igual</p>

<p>255024. Monitorizar el estado neurológico.</p>	<p>potencia respecto al factor Xa por lo que es de esperar que presenten menor riesgo de hemorragia, pero igual actividad antitrombótica.<sup>32</sup></p> <p>La exploración neurológica, a la vez que advierte que el paciente no responde a estímulos externos o que su comportamiento es patológico, debe establecer el patrón respiratorio, pupilar, ocular y las respuestas motoras. Es importante revertir de manera precoz la hipoperfusión tisular para preservar la función de los tejidos y evitar el desarrollo posterior de la falla multiorgánica.<sup>33</sup></p>
<p>255027. Monitorizar la presión arterial media (PAM).</p>	<p>El intercambio de gases a nivel tisular no depende solo del contenido de oxígeno arterial sino de una adecuada presión de perfusión en el tejido. La presión arterial media está determinada por la resistencia periférica total y el gasto cardíaco. Cualquier alteración a estos niveles generará hipoperfusión y ésta podrá tener como resultado insuficiencia orgánica múltiple.<sup>31</sup></p> <p>La PAM es utilizada como la estimación de la presión de perfusión de los tejidos, puesto que, a nivel fisiológico, la vasculatura pierde su capacidad de autorregulación a partir de PAM inferiores a 60-65 mmHg.<sup>31</sup></p>
<p>255033. Monitorizar los factores determinantes del aporte de oxígeno tisular</p>	<p>Las saturaciones venosas de oxígeno valoran de manera indirecta la perfusión tisular al integrar el estado cardiopulmonar y hemodinámico.<sup>31</sup></p>

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Se lograron ejecutar las actividades establecidas al Sr. Víctor, así mismo conoció la importancia de cada una de ellas, aprendió a identificar los síntomas que se puede presentar cuando se modifica el estado hemodinámico.</p>	<p>Se logró mantener la perfusión tisular periférica. Se mantuvo una saturación de oxígeno de 94 a 97 %.</p> <p>No se presentaron datos de una disminución de perfusión tisular que pudiese afectar el estado de salud del Sr. Víctor.</p> <p>Hubo una elevación de PAM el día 3/03/2020 con 106 mmHg y disminuyo el 11/03/2020 con 97 mmHg y se logró tener una PAM &lt;100, &gt;65 mmHg.</p>

<b>PLANEACIÓN</b>	
<b>DOMINIO 2</b>	<b>CLASE 4</b>
Nutrición	Metabolismo
<b>CÓDIGO NANDA</b>	<b>DIAGNÓSTICO ENFERMERO</b>
00179	Riesgo de nivel de glucemia inestable relacionado con control inadecuado de la glucemia
<b>DEFINICIÓN</b>	Vulnerable a variaciones en la glucosa/azúcar de la sangre respecto al rango normal, que puede poner en peligro la salud
<b>OBJETIVO</b>	Mantener nivel de glucemia
<b>RESULTADO</b>	<b>INDICADOR</b>
2300. Nivel de glucemia	230001. Concentración sanguínea de glucosa
<b>INTERVENCIÓN/ACTIVIDADES</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<b>2120. Manejo de la hiperglucemia</b>	La hiperglucemia en pacientes hospitalizados se define como los niveles de glucosa en sangre >140 mg/dl. <sup>34</sup>
	En varios estudios se ha establecido un límite de glucemia moderado en el paciente crítico estimado de valores comprendidos entre 140-180 mg/dL, ya que se ha demostrado que reduce la morbimortalidad de este tipo de pacientes y no empeora el pronóstico de la enfermedad inicial, así mismo se ha establecido que el límite de hiperglucemia severa en el paciente crítico en un valor igual o superior a 180-200 mg/dL. <sup>37</sup>
212002. Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria,	De esta manera podremos identificar complementariamente con la glucemia capilar

<p>polifagia, debilidad, malestar, letargo, visión borrosa o cefalea.</p>	<p>que pueda presentar el paciente, evaluando su estado.</p>
<p>212020. Ayudar al Sr. Víctor a interpretar la hiperglucemia</p>	<p>Se informará al Sr. Víctor de los síntomas que puede presentar al tener hiperglucemia; poliuria, polifagia, debilidad, malestar, letargo, visión borrosa o cefalea, explicando la importancia de tener una glucosa sanguínea estable, y evitar llegar a una cetoacidosis; en donde comienzan a producirse en el organismo los cuerpos cetónicos, producidos en el hígado por la degradación de las grasas liberadas al torrente sanguíneo en situaciones de gran deficiencia de insulina.<sup>35</sup></p>
<p>212001. Vigilar la glucemia</p>	<p>Mantener la glucosa sanguínea del paciente críticamente enfermo entre 80 y 110 mg/dl con tratamiento intensivo de insulina reduce la morbimortalidad. Con los resultados de este estudio, se adoptó en nuestras áreas críticas, el tratamiento intensivo con insulina en los pacientes críticos, como una medida más en su tratamiento estandarizado. Los niveles de glucosa en sangre pueden cambiar significativamente en periodos cortos de tiempo especialmente si se han tomado alimentos, realizado ejercicio físico, tomado medicamentos, o el organismo se ha sometido a estrés.<sup>36</sup></p>
<p>212006. Administrar medicamento prescrito: Insulina de acción rápida Vía subcutánea mediante el esquema 130-180mg/dL:3UI, 180-200mg/dL:6UI, 201-250mg/dL:9UI, &gt;250mg/dL:12UI</p>	<p>Tratamiento con insulina en el contexto de la atención crítica, se ha demostrado que la infusión de insulina intravenosa continua es el mejor método para alcanzar los objetivos glucémicos. Los objetivos del tratamiento son el restablecimiento del volumen circulatorio y la</p>



	<p>perfusión de los tejidos, la resolución de la hiperglucemia, y la corrección del desequilibrio electrolítico y la cetosis.<sup>34</sup></p> <p>Para los pacientes que reciben alimentación enteral o parenteral que requieren insulina, ésta debe dividirse en componentes basales, prandiales y de corrección.<sup>34</sup></p>
<b>EJECUCIÓN</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<p>Se lograron ejecutar todas las actividades establecidas, así mismo el Sr. Víctor conoció la importancia de mantener el nivel de glucemia estable y en parámetros aceptables. Manifestó dudas acerca de la administración de la insulina. Aprendió cuales son los signos y síntomas de hiperglucemia.</p>	<p>Se mantuvo un estricto monitoreo de la glicemia capilar y vigilancia de signos de hiperglucemia o hipoglucemia.</p> <p>Se obtuvieron cifras de glucosa sanguínea de 133-168 mg/dL, al manejar el esquema de ministración de Insulina de Acción rápida se logró disminuir a 108-96 mg/dL.</p>

<b>PLANEACIÓN</b>	
<b>DOMINIO 2</b>	<b>CLASE 5</b>
Nutrición	Hidratación
<b>CÓDIGO NANDA</b>	<b>DIAGNÓSTICO ENFERMERO</b>
00026	Exceso de volumen de líquidos relacionado con compromiso de los mecanismos reguladores manifestado por estertores subcrepitantes, alteración de la presión arterial y anasarca
<b>DEFINICIÓN</b>	Incremento en la retención de líquido isotónico
<b>OBJETIVO</b>	Disminuir el exceso de volumen de líquidos
<b>RESULTADO</b>	<b>INDICADOR</b>
0601. Equilibrio hídrico	60101. Presión arterial 60102. Presión arterial media 60112. Edema periférico
<b>INTERVENCIÓN/ACTIVIDADES</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<b>4130. Monitorización de líquidos</b>  413007. Monitorizar las entradas y salidas.	Los líquidos y electrolitos se encuentran en el organismo en un estado de equilibrio dinámico que exige una composición estable de los diversos elementos que son esenciales para la vida. El balance de líquidos está regulado a través de los riñones, pulmones, piel glándulas suprarrenales, hipófisis y tracto gastrointestinal a través de ganancias y pérdidas de agua que se originan diariamente. <sup>38</sup>  El indicador para determinar las condiciones hídricas de un paciente es a través del balance de líquidos, para lo cual se tendrán que considerar los ingresos y egresos, incluyendo pérdidas insensibles.

<p>413011. Monitorizar la presión arterial, frecuencia cardiaca y estado de la respiración.</p>	<p>La monitorización hemodinámica nos permite obtener información sobre el funcionalismo cardiovascular del paciente crítico.<sup>31</sup></p>
<p>413014. Llevar un control preciso de entradas y salidas</p>	<p>Controlar los aportes y pérdidas de líquidos en el paciente, durante un tiempo determinado, para contribuir al mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico, para así planear en forma exacta el aporte hídrico que reemplace las pérdidas basales, previas y actuales del organismo.<sup>38</sup></p>
<p><b>4120. Manejo de líquidos</b></p>	<p>Diurético de asa de la familia de sulfonamidas, inhibe la reabsorción del sodio y cloro en la porción ascendente del asa de Henle, aumenta la excreción renal de sodio, cloruros y agua, resultando una notable diuresis. Adicionalmente aumenta la excreción de potasio, hidrogeno, calcio, magnesio, bicarbonato, hidrogeno, calcio, magnesio, bicarbonato, amonio y fosfato.<sup>39</sup></p>
<p>412016. Administrar diurético prescrito: Furosemida 20 mg c/8hrs vía intravenosa</p>	<p>Mover y usar los músculos de la parte del cuerpo afectada por el edema, ayuda a bombear el exceso de líquido hacia el corazón.</p>
<p><b>0840. Cambio de posición</b></p>	<p>El masaje produce efectos terapéuticos sobre sistemas orgánicos múltiples: cardiovascular, nervioso, etc. La manipulación de la piel y el tejido subyacente suaviza la piel. Favorece el movimiento del sistema musculoesquelético al reducir el edema.<sup>40</sup></p>
<p>84015. Realizar movilización en miembros torácicos y pélvicos, así animar al paciente a realizar movimientos pasivos.</p>	<p>El masaje produce efectos terapéuticos sobre sistemas orgánicos múltiples: cardiovascular, nervioso, etc. La manipulación de la piel y el tejido subyacente suaviza la piel. Favorece el movimiento del sistema musculoesquelético al reducir el edema.<sup>40</sup></p>
<p><b>3584. Cuidados de la piel: tratamiento tópico</b></p>	<p>El masaje produce efectos terapéuticos sobre sistemas orgánicos múltiples: cardiovascular, nervioso, etc. La manipulación de la piel y el tejido subyacente suaviza la piel. Favorece el movimiento del sistema musculoesquelético al reducir el edema.<sup>40</sup></p>
<p>358408. Aplicar masaje durante la humectación de la piel, así mismo enseñar al cuidador a la aplicación del mismo.</p>	<p>El masaje produce efectos terapéuticos sobre sistemas orgánicos múltiples: cardiovascular, nervioso, etc. La manipulación de la piel y el tejido subyacente suaviza la piel. Favorece el movimiento del sistema musculoesquelético al reducir el edema.<sup>40</sup></p>

<b>EJECUCIÓN</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<p>Se lograron ejecutar las actividades establecidas, el Sr. Víctor conoce la importancia de la ministración del diurético, mantuvo una actitud pasiva, aunque manifestó tener duda del efecto que pudiese obtener del masaje.</p>	<p>Se logró disminuir la anasarca durante su estancia, el Sr. Víctor es consciente de la importancia de mantener un balance de líquidos.</p> <p>Se seguirá motivando por realizar ejercicios pasivos en miembros, se continuará con el masaje, pues se logró enseñar de manera satisfactoria la técnica de masaje a su esposa, permitiendo que lo aplicara en su tiempo de visita.</p>

PLANEACIÓN	
DOMINIO 11	CLASE 6
Seguridad/protección	Termorregulación
CÓDIGO NANDA	DIAGNÓSTICO ENFERMERO
00007	Hipertermia relacionada con proceso infeccioso manifestado por temperatura corporal 38.3°C, rubor, taquipnea e irritabilidad
DEFINICIÓN	Temperatura corporal por encima del rango diurno normal debido a la insuficiencia de la termorregulación
OBJETIVO	Disminuir hipertermia
RESULTADO	INDICADOR
800. Termorregulación	80013. Frecuencia respiratoria 80019. Hipertermia
INTERVENCIÓN/ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
<b>3900. Regulación de la temperatura</b>	La termorregulación requiere de un equilibrio entre la producción y la pérdida de calor, además de un adecuado funcionamiento del centro regulador hipotalámico para regular estos mecanismos. <sup>41</sup>
390005. Observar el color y la temperatura de la piel.	Al medir la temperatura debe ser cómodo, seguro, confiable y reproducible. Cualquier dispositivo utilizado debe estar calibrado correctamente; además, se deben tomar las medidas necesarias para que no sea un facilitador en la propagación de agentes patógeno. <sup>42</sup>
390021. Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del Sr. Víctor.	El entorno influye en la temperatura corporal, se debe exponer la piel al aire del ambiente, no se deberá cubrir demasiado.
390023. Administrar medicamento prescrito: Metamizol sódico 1 g vía intravenosa c/8 h	El metamizol sódico es un medicamento antipirético que actúa inhibiendo la síntesis de prostaglandinas, normalizando así la función

<p><b>3786. Tratamiento de la hipertermia</b> 378608. Aplicar métodos de enfriamiento externos</p> <p><b>3900. Regulación de la temperatura</b> 390001. Monitorizar la temperatura corporal</p>	<p>del centro de control de la temperatura hipotalámico.<sup>43</sup></p> <p>El uso de medios físicos antitérmicos, como el baño con agua tibia o el uso de una esponja, proporcionan una leve disminución de la temperatura corporal y suele acompañarse de malestar y escalofríos. Está contraindicado el uso de agua fría o alcohol, ya que produce vasoconstricción, en lugar de la vasodilatación que se necesita para disipar el calor, y el alcohol poder ser absorbido por la piel y generar toxicidad.<sup>41</sup></p> <p>Se puede señalar que mediante el monitoreo de la temperatura corporal se obtendrá la clase de curva térmica (continua, intermitente, remitente o reincidente)</p>
<b>EJECUCIÓN</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<p>Se realizaron las actividades establecidas, antes de ministrar el antipirético se brindaron medios físicos y el ajuste del ambiente. Se monitorizo la temperatura cada hora, el Sr. Víctor comento la incomodidad de los medios físicos, pero se le informo la importancia de estar en eutermia, mantuvo una actitud pasiva.</p>	<p>Se logró disminuir la temperatura corporal de 38 1°C a 37.3°C, se utilizaron medios físicos y al no tener una disminución de temperatura corporal deseada, se administró el antipirético. Se mantienen cuidados y monitorización para seguir en eutermia.</p>

<b>PLANEACIÓN</b>	
<b>DOMINIO 3</b>	<b>CLASE 2</b>
Eliminación e intercambio	Función gastrointestinal
<b>CÓDIGO NANDA</b>	<b>DIAGNÓSTICO ENFERMERO</b>
00196	Motilidad gastrointestinal disfuncional relacionado con inmovilidad manifestado por abdomen distendido y ruidos intestinales hipoactivos
<b>DEFINICIÓN</b>	Aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal.
<b>OBJETIVO</b>	Mejorar la motilidad gastrointestinal
<b>RESULTADO</b>	<b>INDICADOR</b>
1015. Función gastrointestinal	101508. Ruidos abdominales 101514. Distensión abdominal
<b>INTERVENCIÓN/ACTIVIDADES</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<p><b>0430. Control intestinal</b></p> <p>43002. Monitorizar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color.</p>	<p>El flujo adecuado de nutrientes, elementos de deshecho, electrolitos y agua, a través del intestino, depende de un correcto equilibrio entre la absorción y la secreción de agua y electrolitos a través del epitelio intestinal. Una disfunción puede alterar estos procesos de captación y secreción de modo que se produce una absorción excesiva o una secreción neta de agua que contribuyen a provocar estreñimiento o diarrea.<sup>44</sup></p> <p>“The Bristol Stool Form Scale” que ha sido ampliamente utilizada, a fin de garantizar que los pacientes describan precisamente su propia calidad fecal. La Escala de Bristol ha sido reconocida por la literatura científica como un instrumento valioso en la evaluación de las enfermedades intestinales.<sup>45</sup></p>

<p>43003, Monitorizar los sonidos intestinales.</p> <p>43009. Enseñar al Sr. Víctor; sobre los alimentos específicos que ayudan a regular el ritmo intestinal; frutas frescas, las desecadas, los frutos secos, las hortalizas y verduras, así como las legumbres, son alimentos con abundante contenido de fibra</p>	<p>Los sonidos que resultan del movimiento en ondas por el cual el tracto digestivo propulsa su contenido. Se registró como peristalsis positiva la presencia de cualquier cantidad de ruidos intestinales al auscultar con estetoscopio en cualquier cuadrante el abdomen, hasta percibirlos o por tres minutos; lo que sucediera primero.<sup>46</sup></p> <p>Las fibras de la dieta pueden tener un efecto laxante a través de diversos mecanismos: pueden unirse al agua y los iones en la luz del colon, ablandando así las heces y aumentando su volumen.<sup>44</sup></p>
<b>EJECUCIÓN</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<p>El Sr. Víctor es consciente de la función intestinal y su funcionamiento, tuvo una actitud pasiva mientras se ejecutaron las actividades, la monitorización de evacuación fue diaria, el Sr. Víctor evacuaba durante el turno de la noche; se reportaron evacuaciones tipo 1 de acuerdo con The Bristol Stool Form Scale.</p>	<p>El Sr. Víctor continúa con una motilidad gastrointestinal disfuncional, presenta ruidos peristálticos hipoactivos y distensión abdominal. Se continuará con la monitorización de la función intestinal.</p>



<b>PLANEACIÓN</b>	
<b>DOMINIO 4</b>	<b>CLASE 1</b>
Actividad/reposo	Sueño/reposo
<b>CÓDIGO NANDA</b>	<b>DIAGNÓSTICO ENFERMERO</b>
00198	Patrón del sueño alterado relacionado con Insuficiente privacidad, obstáculos del entorno (ruido ambiental, entorno no familiar) manifestado por dificultad para permanecer dormido, somnolencia e insatisfacción con el sueño.
<b>DEFINICIÓN</b>	Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos
<b>OBJETIVO</b>	Mantener patrón de sueño estable
<b>RESULTADO</b>	<b>INDICADOR</b>
0004. Sueño	403. Patrón de sueño 404. Calidad del sueño 406. Sueño interrumpido.
<b>INTERVENCIÓN/ACTIVIDADES</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<b>1850. Mejorar el sueño</b>	La necesidad para alcanzar un sueño saludable que comporte una mejor calidad de vida ha planteado algunas preguntas interesantes, desde conceptos cuantitativos como cuántas horas hay que dormir, hasta todas aquellas cuestiones cualitativas que ayudan a conseguir un mejor descanso, como la importancia de los horarios, el entorno ambiental, la alimentación y el deporte. Se sabe que cada componente individual de la higiene del sueño se relaciona con conseguir dormir mejor. <sup>47</sup>
185003. Explicar la importancia de un sueño adecuado.	El sueño es considerado como un proceso fisiológico de vital importancia para la salud integral de los seres humanos, varias actividades vitales que ocurren durante el

<p>185009. Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura) para favorecer el sueño.</p>	<p>sueño ayudan a las personas a mantener un buen estado de salud y permiten que funcione de manera óptima,<sup>48</sup></p> <p>La habitación y el ambiente que nos rodea desempeñan un papel fundamental para conseguir dormir mejor, ya que determinan la duración y la estructura del sueño. Se necesita un entorno ambiental adecuado que favorezca la conciliación y el mantenimiento del sueño. El ruido ambiental es uno de los factores más importantes de interrupción del sueño. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha documentado la contaminación acústica como una de las causas de deterioro de la salud como consecuencia, entre otras cosas, de la alteración del sueño. La temperatura ambiental es también importante a la hora de conseguir tener un sueño de buena calidad. El sueño se produce cuando la temperatura corporal desciende a consecuencia de la redistribución del calor desde el interior del cuerpo a la periferia, la temperatura corporal depende en gran parte de la temperatura ambiental, por lo que temperaturas extremas alteran este mecanismo perturbando el sueño.<sup>47</sup></p>
<p>185019. Disponer de siestas durante el día, para cumplir con las necesidades de sueño.</p>	<p>El sueño es un proceso activo y complejo, las necesidades de sueño varían a lo largo de la vida, fundamentalmente en relación con la edad, pero también en relación con diversos factores interindividuales y genéticos. Cada edad y cada persona tiene un horario de sueño propio en los que la eficiencia, duración y profundidad de sueño son</p>

	óptimos; sin embargo, no siempre es fácil reconocer cuáles son estos horarios que dependen de nuestro tiempo interno. <sup>47</sup>
<b>EJECUCIÓN</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
Las actividades que se establecieron se lograron ejecutar, el Sr. Víctor expreso sus dudas acerca del sueño, manifestó que su perspectiva del sueño cambio y sigue las recomendaciones que se le brindaron para satisfacerlo, para satisfacer las horas de sueño toma siestas durante el atardecer.	Se logró obtener un patrón de sueño estable y el Sr. Víctor tiene claro la importancia del sueño y los beneficios que este tiene.

PLANEACIÓN	
DOMINIO 9	CLASE
Afrontamiento/tolerancia al estrés	Respuestas de afrontamiento
CÓDIGO NANDA	DIAGNÓSTICO ENFERMERO
00146	Ansiedad relacionada con cambios en el estado de salud manifestado por incertidumbre por el padecimiento actual, tensión facial.
DEFINICIÓN	Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.
OBJETIVO	Disminuir el nivel de ansiedad.
RESULTADO	INDICADOR
1211. Nivel de ansiedad	121107. Tensión facial
INTERVENCIÓN/ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
<p><b>5420. Apoyo espiritual</b></p> <p>542001. Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y una asistencia empática</p> <p><b>5820. Disminución de la ansiedad</b></p> <p>582014. Crear un ambiente que facilite confianza</p> <p>582015. Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos</p>	<p>Permitirá tener una buena relación enfermera-paciente y dará confianza al familiar para expresar lo que le causa incertidumbre acerca del cuidado que se le otorga a el Sr. Víctor.</p> <p>Se podrá mejorar la confianza del Sr. Víctor para que pueda expresar la situación que le causa ansiedad; dejando claro que es un ambiente seguro y solo se busca su estabilidad.</p> <p>Proporcionar la seguridad para que el Sr. Víctor pueda manifestar sus sentimientos, percepciones y miedos que le ocasionan la ansiedad e intervenir en ello dejando claro la temática a tratar.</p>

<p>582005. Proporcionar información objetiva y clara al Sr Víctor respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico</p>	<p>Permitirá que el Sr. Víctor tenga claro su padecimiento actual; y definiendo la importancia que tiene su tratamiento y estableciendo de manera clara el pronóstico; para disminuir la incertidumbre acerca de ello.</p>
<p>582023. Instruir al Sr. Víctor sobre el uso de técnicas de relajación</p>	<p>La relajación consiste en reducir la tensión existente en los músculos. Aprender a relajarse puede abatir los efectos destructivos y los síntomas de enfermedades inducidas por el estrés, a la vez de mejorar la calidad de vida de la persona. La enseñanza de técnicas de relajación a los pacientes les permite convertirse en elementos más activos en lo referente a su propio cuidado de la salud. La relajación implica no sólo tener paz mental o reposo, quiere decir eliminar la tensión del cuerpo y la mente. Aprender habilidades o terapias para la relajación requiere concentración sobre las conexiones mente-cuerpo, como las relacionadas con los músculos en tensión, y practicar estrategias para relajar los músculos y mejorar la salud y el bienestar en general.<sup>40</sup></p>
<p><b>5880. Técnica de relajación</b> 588019. Promover el uso de la respiración diafragmática</p>	<p>Se basa en el uso del diafragma al momento de la inspiración; su propósito es reducir la velocidad de la respiración y el uso de músculos de los hombros, del cuello y de la parte superior del tórax, para que esa acción sea más eficiente. Este tipo de respiración mejora la oxigenación de todo el organismo.<sup>40</sup></p>

<b>EJECUCIÓN</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
Se lograron ejercer las actividades planeadas; el Sr. Víctor se mostró accesible y brindo atención a cerca de la explicación de su padecimiento actual. Manifestó sus dudas y expreso sus miedos.	El Sr. Víctor disminuyo la ansiedad y tiene claro su padecimiento, tratamiento y pronóstico.

PLANEACIÓN	
DOMINIO 11	CLASE 2
Seguridad/protección	Lesión física
CÓDIGO NANDA	DIAGNÓSTICO ENFERMERO
00249	Riesgo de úlcera por presión relacionado con disminución de la movilidad, hipertermia, nutrición inadecuada, presión sobre prominencias óseas.
DEFINICIÓN	Vulnerable a lesiones localizadas de la piel y/o tejidos subyacentes por lo general en un relieve óseo como resultado de la presión, o la presión en combinación con el cizallamiento.
OBJETIVO	Disminuir riesgo de úlcera por presión
RESULTADO	INDICADOR
1101. Integridad tisular; piel y membranas mucosas	110101. Temperatura de la piel. 110104. Hidratación.
INTERVENCIÓN/ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
<b>3500. Manejo de presiones</b>	Las lesiones por presión se desarrollan como resultado de una compresión sostenida de un área corporal específica, entre dos planos duros, por lo regular sobre alguna prominencia ósea. <sup>49</sup>
350013. Utilizar herramienta de valoración de riesgo establecida para vigilar los factores de riesgo del Sr. Víctor (Escala de Braden).	La escala de Braden se puede utilizar para identificar factores de riesgo específicos y así realizar intervenciones focalizadas. La escala de Braden es un instrumento ampliamente utilizado para evaluar el riesgo de desarrollo de úlcera por presión. A pesar de no haber sido elaborada específicamente para evaluación del riesgo en pacientes críticos, presenta válida para esa población. <sup>49,50</sup>
350014. Utilizar los dispositivos adecuados para mantener los talones y prominencias óseas sin apoyar en la cama.	La redistribución de la presión será determinada por la tolerancia individual, movilidad, evaluación de las condiciones de piel. El cambio de posición se realizará cada dos horas, aun

<p>350017. Vigilar el estado nutricional del Sr. Víctor</p>	<p>cuando esté presente alguna superficie que alivie la presión. Para la redistribuir la presión se pueden utilizar cojines y almohadas para que sirvan de apoyo, alineación corporal y protección de prominencias óseas.<sup>49</sup></p> <p>La valoración nutricional debe centrarse en la evaluación de la ingesta energética, el cambio de peso voluntario y el efecto del estrés psicológico. La nutrición y la hidratación del paciente son elementos clave para la prevención de UPP.<sup>49</sup></p> <p>Un buen soporte nutricional favorece la cicatrización de las UPP, evita su aparición y disminuye la frecuencia de infecciones (la pérdida de grasa y tejido muscular disminuye la protección que se ejerce sobre las prominencias óseas. El aporte hídrico es indispensable para la prevención de UPP, ya que la piel hidratada tiende menos riesgo de lesionarse.<sup>51</sup></p>
<p>350018. Observar si hay fuentes de presión y fricción.</p>	<p>La presión ejercida y mantenida en una prominencia ósea es la causa principal para la aparición de una úlcera por presión. La fricción produce un roce en la piel contra otra superficie, la cual actúa paralela a la piel. Roza contra una superficie áspera descamando las células epidérmicas, disminuyendo la resistencia de la piel.<sup>49</sup></p>
<p><b>3540. Prevención de úlceras por presión</b></p> <p>354016. Mantener la ropa de cama limpia y seca, sin arrugas.</p> <p><b>1610. Baño</b></p> <p>161012. Inspeccionar la piel durante el baño</p>	<p>Para reducir la fricción y cizallamiento la ropa de cama se deberá mantener limpia y sin arrugas. Tender la cama dejando holgada la sábana móvil en la zona de los dedos de los pies.<sup>49</sup></p> <p>La evaluación del estado de la piel sirve como indicador temprano de daño tisular. Se recomienda la inspección de la piel que están en</p>



<p><b>0840. Cambio de posición</b></p> <p>84032. Realizar cambios posturales cada 2-4 horas</p> <p>84012. Mantener una elevación de cabecera en posición semifowler</p>	<p>contacto y alrededor de dispositivos (colchón) por lo menos 2 veces al día, en búsqueda de signos de daño por presión.<sup>49</sup></p> <p>Para reducir el riesgo del individuo de desarrollar UPP, es importante reducir el tiempo y la cantidad de presión a los que está expuesto; por tanto, es muy importante realizar cambios posturales. El reposicionamiento cada 4 horas, cuando se combina con una superficie adecuada de redistribución de la presión, es igual de eficaz para la prevención de las UPP hospitalaria que cada 2 horas.<sup>52</sup></p> <p>Se ha evidenciado un deterioro drástico de suministro de oxígeno a la piel en la posición inclinada lateralmente de 90 grados, pero no en la posición inclinada lateralmente de 30 grados.<sup>52</sup></p>
<b>EJECUCIÓN</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<p>El Sr. Víctor y su familia demostraron interés en las diferentes actividades, el familiar apoyo en la entrega de dispositivos para mantener las prominencias óseas distantes de la cama, los cuales fueron hechos con bolas de unicel y tenían diferentes medidas para el apoyo de los puntos de presión.</p> <p>Durante la jornada los cambios posturales se realizaron en un horario de 10-12-14 horas (después del baño, antes de la visita y antes del término del turno).</p>	<p>Se logró disminuir el riesgo de úlcera por presión, mediante las diferentes actividades el Sr. Víctor y su familiar sigue implementando cada una de ellas. El Sr. Víctor es consciente de la importancia de la integridad cutánea y la importancia de la piel. La esposa del Sr. Víctor refiere estar tranquila al saber los cuidados que se le brindan al Sr. Víctor.</p> <p>Se obtuvo un puntaje de 15 puntos mediante la escala de Braden.</p>

<b>PLANEACIÓN</b>	
<b>DOMINIO 11</b>	<b>CLASE 2</b>
Seguridad/protección	Lesión física
<b>CÓDIGO NANDA</b>	<b>DIAGNÓSTICO ENFERMERO</b>
00155	Riesgo de caídas relacionado con alteración en el nivel de la glucosa en sangre, deterioro de la movilidad, somnolencia y entorno desconocido.
<b>DEFINICIÓN</b>	Vulnerable a un aumento de la susceptibilidad a las caídas que puede causar daño físico y que puede comprometer la salud.
<b>OBJETIVO</b>	Disminuir riesgo de caídas.
<b>RESULTADO</b>	<b>INDICADOR</b>
1909. Conducta de prevención de caídas.	190903. Coloca barreras para prevenir caídas.
<b>INTERVENCIÓN/ACTIVIDADES</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<p><b>6490. Prevención de caídas</b></p> <p>649002. Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas</p> <p>649025. Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama.</p> <p>649037. Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.</p> <p>649050. Informar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y cómo disminuir dichos riesgos.</p>	<p>Se deberán identificar si factores intrínsecos o extrínsecos pueden aumentar el riesgo de caídas.</p> <p>Podrá disminuir el riesgo de caída mediante el uso de barandales; esto servirá como una barrera que limitará el movimiento que pudiese tener le Sr. Víctor de forma inconsciente fuera de la cama.</p> <p>De esta manera se tendrá una mejor visibilidad del entorno.</p> <p>Se deberá informar a la familia los factores de riesgo que pueden generar una caída, así mismo el uso de barandillas durante el tiempo de visita.</p>
<b>EJECUCIÓN</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
Se lograron ejecutar las actividades establecidas; el familiar y personal contribuyeron para que se llevaran a cabo de manera adecuada las mismas	Se logró disminuir el riesgo de caídas durante el turno y el Sr. Víctor tiene claro acerca de la importancia de la realización de las actividades establecidas para disminuir el riesgo de tener alguna caída y sufrir un daño.

PLANEACIÓN	
DOMINIO 2	CLASE 1
Nutrición	Ingestión
CÓDIGO NANDA	DIAGNÓSTICO ENFERMERO
00233	Sobrepeso relacionado con consumo de bebidas endulzadas con azúcar, frecuencia alta en la ingesta de comida frita manifestado por índice de masa corporal 28.4 kg/m <sup>2</sup>
DEFINICIÓN	Condición en la que un individuo acumula grasa excesiva o de manera anormal para su edad y sexo
OBJETIVO	Disminuir el sobrepeso para establecer un peso adecuado
RESULTADO	INDICADOR
1004. Estado nutricional	100405. Relación peso/talla
INTERVENCIÓN/ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
<b>1280. Ayuda para disminuir el peso</b>	El manejo inicial de los pacientes que se pueden beneficiar de una pérdida de peso es una intervención en el estilo de vida: una combinación de dieta, ejercicio y de modificaciones conductuales. El componente conductual facilita el apego a la dieta y al ejercicio. Incluye el auto control de la ingesta de alimentos, la actividad física y el peso corporal. <sup>53</sup>
128009. Establecer un plan realista con el Sr. Víctor que incluya la disminución de la ingesta de alimentos y el aumento del gasto de energía.	El porcentaje de la pérdida de peso está directamente relacionado con la diferencia entre el consumo de energía del individuo y los requerimientos de energía. El reducir la ingesta de calorías por debajo del gasto resulta en un porcentaje inicial predecible de pérdida de peso que está directamente relacionado con el déficit energético. <sup>53</sup>

<p>128012. Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos favorables.</p>	<p>Se recomienda promover programas de cambios en el estilo de vida que incluyan actividad física, educación nutricional y tratamiento cognitivo conductual.<sup>53</sup></p>
<p>128018. Planificar un programa de ejercicios, teniendo en cuenta las limitaciones del Sr. Víctor.</p>	<p>Se recomienda la realización de actividad física al menos 5 a 7 días por semana durante 30 minutos para prevenir la ganancia de peso y mejorar la salud cardiovascular. Se recomienda hacer ejercicio de forma regular para mantener una adecuada condición física y así disminuir la mortalidad general y los factores de riesgo cardiovascular. Se recomienda combinar el ejercicio aeróbico con entrenamiento de resistencia.<sup>53</sup></p>
<p>128032. Animar al Sr. Víctor a comer frutas, verduras, cereales integrales, leche y productos lácteos, carnes magras, pescado, legumbre y huevos.</p>	<p>La planeación de menús debe individualizarse y considerarlas preferencias de los alimentos, las características socioeconómicas y culturales de los pacientes, y de esta manera favorecer el apego al plan de alimentación y mejorar la calidad de vida.</p> <p>La adherencia a un patrón de alimentación basado en el consumo de verduras, frutas y granos integrales se asocia a la prevención del incremento ponderal o la promoción de la pérdida de peso en adultos. Además, es más saludable consumir los alimentos en su forma natural y evitar el consumo de bebidas azucaradas.<sup>54</sup></p>
<p><b>5614. Enseñanza: dieta prescrita</b> 561416. Canalizar al Sr. Víctor con un nutriólogo para una dieta personalizada a sus necesidades</p>	<p>La asesoría del nutriólogo contribuye a asegurar a largo plazo los cambios en las metas propuestas en el tratamiento nutricional. Además, cuentan con varias herramientas para comunicar y educar a la población sobre cómo llevar a cabo una dieta correcta o</p>

	saludable, que le permita prevenir enfermedades o coadyuvar a su control. <sup>54</sup>
<b>EJECUCIÓN</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
Se lograron ejercer las actividades establecidas, el Sr. Víctor tienen claro que una buena nutrición y el complemento de actividad física a tolerancia disminuirá el estado de Sobrepeso, así mismo disminuirá el riesgo de enfermedades cardiovasculares.	Seguirá manteniendo las actividades de manera consciente el fomento de estas, para disminuir su estado de sobrepeso y poder establecer un peso adecuado.

PLANEACIÓN	
DOMINIO 1	CLASE 2
Promoción de la salud	Gestión de la salud
CÓDIGO NANDA	DIAGNÓSTICO ENFERMERO
00188	Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud relacionado con alcoholismo y tabaquismo desde los 15 años de edad manifestado por fracaso al emprender acciones que prevendrían nuevos problemas de salud
DEFINICIÓN	Deterioro de la capacidad para modificar el estilo de vida o las conductas de forma que mejoren el estado de salud
OBJETIVO	Fomentar conductas benéficas para el estado de salud
RESULTADO	INDICADOR
2013. Equilibrio en el estilo de vida	201301. Reconoce la necesidad de actividades de la vida equilibradas
INTERVENCIÓN/ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
<p><b>5606. Enseñanza: Individual</b></p> <p>560601. Establecer una relación de confianza con el Sr. Víctor que logre fortalecer la relación enfermera-paciente</p>	<p>Se podrá mejorar la confianza del Sr. Víctor entre la relación enfermera-paciente fomentando la escucha activa, para que el Sr. Víctor exprese los motivos que le generan consumir sustancias nocivas a su salud, con ello se podrá</p>
<p><b>4500. Prevención del consumo de sustancias nocivas</b></p> <p>450009. Fomentar la toma de decisiones responsables acerca de la elección del estilo de vida.</p>	<p>Los estilos de vida son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o de factores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales; sino también de acciones de naturaleza social.</p>
<p><b>4490. Ayuda para dejar de fumar</b></p> <p>449024. Informar al Sr. Víctor las afecciones que puede causar el consumir tabaco y alcohol</p>	<p>Informar al Sr. Víctor que fumar no sólo causa cáncer, sino que puede ocasionar daño a casi todos los órganos en el cuerpo, incluyendo los pulmones, el corazón, los vasos sanguíneos, los órganos genitales, la boca, la piel, los ojos</p>

<p>449005. Ayudar al Sr. Víctor a identificar las razones para dejar de fumar y las barreras que lo impiden</p>	<p>y los huesos. Fumar daña las vías respiratorias, daños al sistema cardiovascular, incrementando el riesgo de cardiopatía y accidente cerebrovascular.<sup>55</sup></p> <p>El tabaco puede provocar numerosos daños al organismo, como infartos, tumores en distintas partes del cuerpo, complicaciones durante el embarazo, problemas respiratorios o disfunción sexual.<sup>55</sup>La nicotina pasa a la sangre por dos vías, según la acidez del humo. Con la pipa o los cigarros puros más alcalinos, se absorbe casi toda por la mucosa de la boca. El efecto patológico principal del monóxido de carbono es la disminución de la oxigenación tisular (que se denomina hipoxia). Esta situación “desgasta” las arterias y los diversos órganos, que se encuentran en una situación crónica de “falta de gasolina”. Ello provoca cansancio, fatiga fácil, aturdimiento, disminución de la agilidad y de la concentración mental y otros efectos similares fácilmente deducibles. Se forman durante la combustión del tabaco y se inhalan con el humo. El principal efecto patogénico de los alquitranes y compuestos relacionados es la carcinogénesis.<sup>54</sup></p>
<p>449015. Ayudar al Sr. Víctor a mantener un estilo de vida sin tabaco</p>	<p>Motivar al Sr. Víctor para mantener un estilo de vida sin tabaco, para mejorar su salud y prevenir enfermedades, sustituyendo ese hábito por actividades como el ejercicio, mantener una dieta saludable de acuerdo con sus necesidades.</p>

<p>449016 animar al Sr. Víctor a unirse a un grupo de apoyo para dejar de consumir tabaco y alcohol</p>	<p>Un grupo de apoyo establece redes entre pares o iguales como un medio para enfrentarse a problemas específicos, satisfacer unas necesidades comunes y obtener los cambios sociales o personales deseados. La finalidad del grupo es la resolución de conflictos individuales identificados por los miembros del grupo, mientras que el objetivo por excelencia del grupo de autoayuda es proveer a los miembros apoyo, validación e información.<sup>57</sup></p>
<p><b>EJECUCIÓN</b></p>	<p><b>EVALUACIÓN</b></p>
<p>El Sr. Víctor conoce la importancia del impacto que causa en su salud el consumo de sustancias nocivas para su salud, manifestó dudas durante la recomendación de unirse a un grupo de ayuda, reconoce que se establecerá una meta de tiempo prolongada; comenta que el dejar de fumar es algo muy importante, pues quiere su bienestar y el de su familia.</p>	<p>El Sr. Víctor tiene claro el impacto del consumo de sustancias nocivas, y las recomendaciones que se brindaron, su esposa comenta que realizará actividades que mejoren su estilo de vida como ejercicio, terapias de relajación, etc. así mismo ella comenta que asistirá al grupo de autoayuda con su esposo.</p>



PLANEACIÓN	
DOMINIO 4	CLASE 5
Actividad/Reposo	Autocuidado
CÓDIGO NANDA	DIAGNÓSTICO ENFERMERO
00108	Déficit de autocuidado: baño relacionado con debilidad muscular, puntuación de 3 de escala de Daniels, dolor, manifestado por deterioro de la habilidad para lavar el cuerpo
<b>DEFINICIÓN</b>	Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de baño
<b>OBJETIVO</b>	Fomentar el autocuidado
RESULTADO	INDICADOR
0310. Autocuidados: Baño	30116. Se lava la parte superior del cuerpo
INTERVENCIÓN/ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
<p><b>1610. Baño</b> 161001. Ayudar con el baño con paciente encamado</p> <p><b>1801. Ayuda con el autocuidado: baño/higiene</b> 180112. Mantener la privacidad al brindar el baño, utilizando el biombo u cortina</p> <p><b>1610. Baño</b> 161005. Ayudar con el cuidado perineal</p>	<p>La higiene del paciente es una intervención que tiene como objetivos proporcionar bienestar y comodidad, a la vez que actúa como una medida preventiva contra las infecciones.<sup>58</sup></p> <p>Mientras se brinda este cuidado, el profesional de enfermería debe preservar la independencia del paciente, asegurar su intimidad, mostrarle respeto, favorecer la expresión de necesidades e involucrarle en el autocuidado, de esta manera se contribuye a la comodidad, la seguridad, el bienestar y la dignidad del individuo. Se documenta que preservar la dignidad del paciente en estas intervenciones contribuye a la comodidad emocional y está a su vez a la recuperación.<sup>58</sup></p> <p>La limpieza de la piel del pene es más exigente que la de otras zonas corporales. Estas estructuras presentan un importante número de pliegues que favorecen la proliferación de</p>

<p>161008. Afeitar al Sr. Víctor.</p>	<p>microorganismos por la facilidad con la que pueden acumularse en ellos secreciones y restos de orina. Se debe prestar una escrupulosa atención a la higiene anal tras las deposiciones para evitar contaminar la zona genital con los microorganismos procedentes de las heces.<sup>59</sup></p>
<p>161009. Aplicar ungüentos y crema hidratante en las zonas de piel seca</p>	<p>Realizando el rasurado de la piel se elimina el vello presente en la misma, con el objetivo de dejarla accesible para poder observar su aspecto y coloración, detectar la posible presencia de lesiones o heridas.<sup>60</sup></p>
<p>161012. Inspeccionar el estado de la piel durante el baño</p>	<p>La hidratación de la piel ayuda a que esta mantenga su elasticidad y su función de barrera. En determinados casos es aconsejable utilizar sustancias emolientes para hidratar la piel y así reducir el riesgo de daños en la misma.</p>
	<p>Las intervenciones orientadas a cubrir la necesidad de higiene brindan un contexto adecuado para que los profesionales de enfermería valoran al paciente en aspectos como estabilidad de la condición clínica, cambios en el estado de la piel y en la cavidad oral, permite al personal especializado verificar el estado de la piel y realizar una valoración física general. Es decir, buscar exhaustivamente, la presencia de irritaciones, úlceras por presión, heridas, entre otros.<sup>58</sup></p>

<b>EJECUCIÓN</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
El Sr. Víctor mantuvo una actitud pasiva y participó en su autocuidado; baño, conoció la importancia de mantener una higiene adecuada, tiene claro que una infección puede prolongar su estancia hospitalaria y no ser benéfica a su salud.	Se seguirán ejerciendo los cuidados de higiene brindando la importancia así mismo será partícipe al Sr. Víctor para su autocuidado, el Sr. Víctor manifiesta que ahora tendrá más higiene y con ello mantener un estado óptimo de salud.

PLANEACIÓN	
DOMINIO 11	CLASE 01
Seguridad/Protección	Infección
CÓDIGO NANDA	DIAGNÓSTICO ENFERMERO
00004	Riesgo de infección relacionado con presencia de herida quirúrgica en región abdominal, catéter venoso central trilumen en yugular izquierda, línea arterial en miembro torácico derecho, sonda nasogástrica 16 fr. a derivación y sonda vesical 18 fr.
<b>DEFINICIÓN</b>	Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud.
<b>OBJETIVO</b>	Disminuir riesgo de infección
RESULTADO	INDICADOR
1924. Control del riesgo: proceso infeccioso	192415 Práctica higiene de manos 192416 Práctica estrategias para de control de la infección
INTERVENCIÓN/ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
<p><b>3660. Cuidado de heridas</b></p> <p>366003 Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor</p> <p><b>3662. Cuidado de las heridas: drenaje cerrado</b></p> <p>366202 Registrar el volumen y las características del drenaje</p> <p>366213 Evitar la transferencia de microorganismos (lavado de manos)</p> <p>366216 Monitorizar la presencia de signos de infección, inflamación y molestias alrededor del drenaje</p>	<p>Examinar el color, área circundante y bordes de la herida. Observar el sitio, color, consistencia, olor y grado de humedad del apósito. Con los guantes estériles colocados, palpar los bordes de la herida para valorar si existe tensión o tirantez de tejidos. Debe documentarse la presencia de secreción y la cantidad.<sup>62</sup></p> <p>La higiene de manos es la principal medida cuya eficacia para prevenir la IAAS.</p> <p>El cuidado de una herida es responsabilidad del personal de enfermería, así como su valoración y la aplicación del tratamiento adecuado. La observación de signos tales como la aparición de hemorragias, exudado, dolor en la zona de la herida, mal olor o irritación de la zona circundante, indicarán los requerimientos</p>

<p><b>6540. Control de infecciones</b></p> <p>654011 Lavarse las manos con agua y jabón antiséptico o realizar higiene con solución a base de alcohol, antes y después del manejo del catéter y las vías de infusión</p>	<p>específicos para curar cada herida y la forma en que el tratamiento debe ser aplicado.</p> <p>La higiene de manos deberá realizarse antes y después de palpar el lugar de inserción del catéter, así como antes y después de la inserción, recolocación, acceso, reparar o cambiar el apósito de un catéter intravascular. No se deberá palpar el lugar de inserción después de la aplicación del antiséptico a menos que se mantenga la técnica aséptica. La higiene de manos se realizará con los procedimientos recomendados con jabón convencional y agua o con gel de solución alcohólica.<sup>63</sup></p>
<p><b>4054. Manejo de dispositivos de acceso venosos central</b></p> <p>405438 Valorar el catéter mediante la observación directa, vigilar signos de infección local</p>	<p>Evaluar regularmente el lugar de inserción del catéter, visualmente cuando se cambia el apósito o a través de la palpación si el apósito permanece intacto. Si los pacientes tienen inflamación en el punto de inserción, o fiebre sin una fuente obvia, u otras manifestaciones que sugieran infección local o bacteriemia, el apósito debe retirarse para evaluar el lugar de inserción.<sup>63</sup></p>
<p>405449 Vigilar y notificar el estado del CVC</p>	<p>El personal de enfermería documentará la condición (estado) de los dispositivos de acceso vascular incluyendo el proceso de inserción, valoración del punto de inserción y funcionalidad.<sup>63</sup></p>
<p>405430 Realizar curación del sitio de inserción</p>	<p>Disminuir la presencia de microorganismos que se encuentran en la piel, y tener libre de pirógenos el sitio de inserción de catéter.<sup>64</sup></p> <p>Cuando se utilice gasa y material adhesivo, la limpieza se realizará cada 48 horas. En ambos casos, el cambio se deberá hacer</p>

<p>405433. Usar antisépticos para la asepsia de la piel (alcohol al 70%, iodopovidona del 0.5 al 10% y gluconato de clorhexidina al 2%)</p> <p><b>1750. Cuidados perineales</b></p> <p>175002 Mantener el periné seco</p> <p><b>1876. Cuidados del catéter urinario</b></p> <p>187610 Limpiar la parte externa del catéter urinario al nivel del meato</p> <p>187601 Observar las características del líquido drenado</p> <p>187616 Observar si hay distensión vesical</p> <p>187613 Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario</p>	<p>inmediatamente cuando el apósito esté húmedo, sucio o despegado, al grado que comprometa la permanencia del catéter en el caso de usar gasa estéril por debajo del apósito transparente obliga el cambio cada 48 hrs.<sup>65</sup></p> <p>Inhibe el crecimiento o destruye microorganismos sobre el tejido vivo. El alcohol etílico presenta actividad bactericida, pero su eficacia es variable frente a hongos y virus y no es activo a esporas. La clorhexidina entra en acción muy rápidamente y posee gran actividad bactericida frente a gérmenes grampositivos y gramnegativos, aunque las pseudomonas son relativamente resistentes. Iodopovidona es muy eficaz frente a esporas y todo tipo de gérmenes, aunque su actividad se ve reducida en presencia de materia orgánica, el complejo como tal carece de actividad hasta que se va liberando el yodo, verdadero agente de la actividad antiséptica.<sup>66</sup></p> <p>El personal de salud debe insistir en la higiene diaria, haciendo hincapié en las manos y la zona genital, sin olvidarse de la parte de la sonda que asoma al exterior, manteniéndolo limpio de restos de sangre u otros fluidos.<sup>67</sup></p> <p>Mantener un flujo de orina sin obstrucción, para evitar la distensión vesical, el daño isquémico de la mucosa de la vejiga y el consiguiente riesgo de infección de vías urinarias: mantener la sonda y sistema de drenaje libre de acodaduras y vaciar la bolsa recolectora de orina regularmente.<sup>67</sup></p>
--	--

<p>187615 Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado, estéril y sin obstrucciones</p>	<p>Un sistema cerrado se define como un sistema físico que no interactúa con otros agentes físicos situados fuera de él y por tanto no está relacionado con nada externo, bajo este contexto, en este tipo de sistema, la sonda vesical y la bolsa recolectora permanecen conectadas en los distintos puntos de unión ininterrumpidamente, evitando la entrada de microorganismos por desconexión de la sonda vesical.<sup>68</sup></p>
<p>187622 Asegurarse de que la bolsa de drenaje se situó por debajo del nivel de la vejiga</p>	<p>El sistema de drenaje siempre debe de permanecer por debajo del nivel de la vejiga, aunque el sistema tuviera válvula antirreflujo, ya que se evitará el reflujo de orina, el mecanismo de ascensión intraluminal de los microorganismos a la vejiga, traumatismos y evacuación correcta.<sup>67</sup></p> <p>El reflujo de la sonda a la uretra es un punto crítico de la práctica que ha condicionado al incremento de infección de vías urinarias relacionadas a sonda vesical.<sup>69</sup></p>
<p><b>1874. Cuidados de la sonda gastrointestinal</b></p> <p>187405 Fijar la sonda a la parte corporal correspondiente teniendo en cuenta la comodidad e integridad del Sr. Víctor</p> <p>187410 Observar si hay sensaciones de plenitud, náuseas y vómitos</p>	<p>Cambiar fijación cada 24 horas y movilizar sonda (si la patología no lo contraindica) para evitar úlceras por decúbito. No se movilizará sonda, ni se realizarán lavados en casos de intervención de cirugía gástrica o esofágica, salvo prescripción médica.<sup>70</sup></p> <p>Mantener permeabilidad y vigilar aparición de náuseas, vómitos o distensión abdominal que pueda indicar obstrucción de la sonda. Si la SNG se emplea para nutrición enteral o administración de medicación, limpiar sonda antes y después de administración con 50cc de</p>

	<p>agua y cada 4 o 6h si se trata de nutrición continua.<sup>70</sup></p> <p>Mantener al paciente en posición fowler durante la administración y dejarlo con cabecero elevado 30° media hora después de la misma.<sup>70</sup></p>
<b>EJECUCIÓN</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<p>Se ejecutaron las actividades establecidas, el Sr. Víctor fue informado de la importancia de cada una de ellas, el comprende que una IAAS puede prolongar su estancia hospitalaria y podría complicar su estado de salud. El Sr. Víctor mantiene una actitud pacífica en cada ejecución.</p>	<p>Se mantendrán ejerciendo los cuidados establecidos para evitar una Infección Asociada a la Atención de Salud y mantener un su bienestar.</p> <p>Se monitorizarán si hay presencia de signos de infección, se invita al equipo multidisciplinario a tener precauciones universales y recordar la importancia de la higiene de manos. Así mismo el cuidado y mantenimiento de los medios invasivos.</p>



## 9.-PLAN DE ALTA

Al Sr. Víctor tuvo una resolución a la neumonía adquirida en la Comunidad. Durante el cambio de esponja de terapia de presión negativa prepare al Sr. Víctor para que pasara al área quirúrgica, al terminar el acto quirúrgico ingreso a la unidad de cuidados intensivos adultos donde la compañera del área quirúrgica me informa que durante el acto quirúrgico se encontró natas de fibrina, y se observó una perforación intestinal aproximadamente de 2 mm de diámetro con fuga de material intestinal y gas. Posteriormente se volvió a realizar una intervención encontrando coágulos y material hemático, donde se observó el desgarre de aponeurosis y se cerró la herida. Presento dehiscencia en aponeurosis y se observó distensión en asas intestinales, edema y líquido fétido. Se le diagnostico al Sr. Víctor Choque séptico por complicación de acuerdo con el diagnóstico de pancreatitis aguda, dado que la evidencia actual menciona que de acuerdo con la pancreatitis aguda viene marcada por la repercusión sistémica que ocasiona fallo orgánico las cuales son el principal pronóstico de mortalidad<sup>84</sup>, hemodinámicamente se deterioró, se volvo a intervenir con ventilación mecánica, uso de aminas, analgésicos y sedantes.

Se brindan cuidados paliativos:<sup>71,72</sup>

- Se proporciona atención integral, que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales.
- Se mantiene un ambiente de respeto, confort, soporte y comunicación, esto dependerá de las actitudes del equipo multidisciplinario y de la familia, así como de medidas organizativas que den seguridad y promocionen la comodidad del Sr. Víctor.
- Utilizar sedación paliativa para disminuir el dolor.
- Mantener cuidado en la boca para la prevención del dolor y/o molestias, así como para mantener las mucosas y labios hidratados y limpios.
- Brindar cuidados elementales de higiene y confort, no suspender la medicación elemental para el control sintomático.

Se da por termino puesto que fallece el Sr. Víctor, se brindan cuidados postmortem: <sup>73</sup>

- Se coloca el cuerpo en decúbito supino y alineado. Informando al Sr. Víctor el procedimiento que se realizara.
- Se desconecta y retiran catéteres, vías endovenosas.

-Se realiza aseo parcial limpiando secreciones, sangre o fluido. Se procede a tapas heridas. Estirar las extremidades inferiores, juntar los tobillos y colocar los brazos a lo largo del cuerpo.

-. Se cierran los ojos bajando los párpados superiores tirando levemente de las pestañas.

-Registrar todos los datos correspondientes a fallecimiento, datos personales y antecedentes clínicos en el registro de enfermería.

-Se entrega a la familia del Sr. Víctor sus objetos de valor retirados, siempre con testigos, registrando en el informe de enfermería nombre y apellidos de la persona que se hace cargo de estas pertenencias y la hora de la entrega.

-. Se cubre dejando la cabeza al descubierto, con una sábana.

-Se informa a familiar que puede acceder a la habitación, se mantiene en todo momento intimidad con el familiar, permitiendo el tiempo necesario para estar con el Sr. Víctor.

## 10.- CONCLUSIÓN

Este Proceso de Atención de Enfermería se basó en el modelo de Virginia Henderson tomando en cuenta sus 14 necesidades básicas; donde se determinó las necesidades con alteraciones y poder implementar actividades para la mejoría de estas, aplicando la metodología del PAE ejecutando sus cinco etapas; Valoración, Diagnostico, Planeación, Ejecución y Evaluación. Permitiendo al profesional de enfermería organizar actividades con la finalidad de alcanzar un objetivo, otorgando un cuidado de calidad y calidez, humanístico, holístico, ético, en cada individuo. Cada etapa del proceso de atención de enfermería es de gran importancia.

La enfermería ha tenido varios cambios y de vital importancia, cabe destacar que el Proceso Atención de Enfermería establece la autonomía, garantizando una práctica clínica, ejerciendo enfermería basada en evidencia, que promoverá resultado de calidad y así mismo serán de aplicabilidad universal. Formulando juicios clínicos, y permitiendo deliberar las actividades, para alcanzar el resultado esperado. De ahí deriva la importancia que tiene el Proceso atención enfermería sustentando día con día nuestro trabajo independiente, que nos ayuda como profesionales a mejorar el cuidado que ofrecemos en cada individuo. No realizando cuidados por rutina, sino siendo profesionales y estando a la vanguardia en cada cuidado.

La razón de realizar un proceso atención de enfermería logramos poner en práctica habilidades así mismo el conocimiento, y perfeccionamos en cada momento técnicas, obteniendo cada vez más habilidad en las mismas. Por ello cada profesional de enfermería da lo mejor de sí mismo, ejerciendo nuestros principios éticos y siempre velando por el cuidado, de la persona de manera holística.

Como personal de enfermería tenemos una gran responsabilidad, que designa prepararnos continuamente y tenerlo presente. Como el PAE es flexible y dinámico tenemos la facilidad de modificarlo y poder brindar cuidados oportunos y eficientes, disminuyendo errores.

El Proceso atención de enfermería que pude desarrollar con una persona adulta joven con un diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad y Pancreatitis Aguda permitió que efectuara los cuidados planeados y poder cumplir el objetivo, lamentablemente no pudo efectuarse un plan de alta debido a que el paciente murió.

Este proceso atención de enfermería me permitió llevar a cabo y poner en práctica los conocimientos adquiridos a lo largo de mi preparación académica de la Licenciatura en enfermería, mejorando diversas técnicas y ejecutando un juicio clínico para ejercer un cuidado de calidad y calidez.

## 11.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Luengo Martínez C., Paravic Klijin T., Burgos Moreno M. Profesionalismo en enfermería: una revisión de la literatura. Enfermería Universitaria. [Internet] 2017 [Consultado 2020 30 Mayo]; 14(2):131-142. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-profesionalismo-enfermeria-una-revision-literatura-S1665706317300167>
- 2.- Correa Argueta E., Verde Flota E.E., Rivas Espinosa J.G. Valoración de enfermería Basada en la filosofía de Virginia Henderson. [Internet] Primera edición. México. Universidad Autónoma Metropolitana. 2016 [Consultado 2020 28 mayo]. 148. Disponible en: [https://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/valoracion\\_de\\_enfermeria.pdf](https://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/valoracion_de_enfermeria.pdf)
- 3.- Luengo Martínez C., Paravic Klijin T. Autonomía Profesional factor clave para el ejercicio de la enfermería basada en la evidencia. Index De Enfermería/Primer-Segundo Trimestre. [Internet] 2016 [Consultado 2020 28 mayo]; 25 (1-2): 42-46. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962016000100010](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000100010)
- 4.- Rodríguez Campo V.A., Paravic Klijin, T.M Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. Enfermería Global. [Internet] 2011 [Consultado 28 mayo 2020]; 24: 246-253. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412011000400020&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000400020&lng=es).
- 5.- Elba Ponti L., Castillo Benites R.T., Vignatti R.A., Monaco M.E., Nuñez J.E. Conocimientos y dificultades del proceso de atención de enfermería en la práctica. Educación Médica Superior. [Internet]. 2017 [citado 29 Mayo 2020]; 31(4). Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1006>
- 6.- Reina G., Nadia Carolina. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado Umbral Científico.[internet] 2010 [citado 29 Mayo 2020 ]; 17: 18-23. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>
- 7.- Publicaciones ANUIES [Internet] Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería, A. C. El proceso de atención de enfermería [citado 29 Mayo 2020]:1-27p. Disponible en: [http://publicaciones.anuies.mx/pdfs/revista/Revista19\\_S2A1ES.pdf](http://publicaciones.anuies.mx/pdfs/revista/Revista19_S2A1ES.pdf)
- 8.- Naranjo-Hernández Y., González-Hernández L., Sánchez-Carmenate M. Proceso Atención de Enfermería desde la perspectiva docente. AMC [Internet]. 2018 [citado 29 Mayo 2020]; 22(6): 831-842. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552018000600831&lng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000600831&lng=pt).

- 9.- Fernández Cruz A., Posada Rodríguez S., Pacheco Fernández I.D., Hernández Rabí M. Sistema de Acciones para desarrollar la habilidad diagnosticar en el Proceso de Atención de Enfermería. Rev Hum Med [Internet]. 2015 [citado 29 Mayo 2020]; 15(2): 294-306. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202015000200006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202015000200006&lng=es).
- 10.- Yolanda Carbajal E., Sanchez Herrera B. Los modelos aplicados en la práctica clínica: revisión integrativa. Archivos de medicina. [Internet] 2018 [citado 30 Mayo 2020]; 18 (1): 86-96. Disponible en: <http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/1701/3156>
- 11.- Ponti L.E., Castillo R., Vignatti R., Monaco M, Núñez J. Conocimientos y dificultades del proceso de atención de enfermería en la práctica. Educación Médica Superior [Internet]. 2017 [citado 30 Mayo 2020]; 31(4):1-12. Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1006/577>
- 12.- Luengo Martínez C., Paravic Klijn T. Autonomía Profesional: factor clave para el ejercicio de la Enfermería Basada en la Evidencia. Index Enferm [Internet]. 2016 [citado 30 Mayo 2020]; 25(1-2): 42-46. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962016000100010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000100010&lng=es).
- 13.- Audrey Berman, Shirlee Snyder. Fundamentos de Enfermería: Conceptos, proceso y práctica. 9ª Edición. PEARSON EDUCACIÓN, S.A., Madrid, 2013.
- 14.- Herdman T.H. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2018-2020. 11ª Edición. Editorial Elsevier. España. 2017.
- 15.- Bellido Vallejo J.C., Lendínez Cobo J.F. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. [Internet]. España 1ª Edición. Ilustre Colegio Oficial De Enfermería De Jaén. 2013. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
- 16.- Raile Alligood M., Marriner Tomey A. Modelos y Teorías de Enfermería. 7ª Edición. Editorial Elsevier. España. 2011.
- 17.- Báez Saldaña R., Gómez Zamora C., López Elizondo C., Molina Corona H., Santillán Martínez A., Sánchez Hernández J., et al. Neumonía adquirida en la comunidad. Revisión y actualización con una perspectiva orientada a la calidad de la atención médica. Neumol Cir Torax. [Internet] 2013 [Consultado 2020 30 mayo]; 72 (1):6-43. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-as/new/resumen.cgi?IDARTICULO=40216>

- 18.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía Adquirida en la Comunidad. IMSS [Internet] 2017 [citado 30 Mayo 2020]; 1-33. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/234GER.pdf>
- 19.- Diccionario mosby pocket de medicina, enfermería y ciencias de la salud. 6ª Edición. Editorial Mosby. España. 2010.
- 20.- Boadas J., Balsells J., Busquets J., Codina B.A., Darnel A., Garcia Borobia F. et al. Valoración y tratamiento de la pancreatitis aguda. Documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia, Societat Catalana de Cirurgia y Societat Catalana de Pàncrees. Gastroenterología y Hepatología. [Internet] 2015 [Consultado 2020 30 mayo]; 38(2): 82-96. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-valoracion-tratamiento-pancreatitis-aguda-documento-S0210570514002465>
- 21.- Berger Fleiszing Z., Mancilla Asencio C. Enfermedades del páncreas una visión iberoamericana. Primera edición. Editorial Iku. Chile. [Internet] 2019 [citado 15 julio 2021]. Disponible en: [http://sociedadgastro.cl/gastroweb/documentos/2019/libro\\_pancreas.pdf](http://sociedadgastro.cl/gastroweb/documentos/2019/libro_pancreas.pdf)
- 22.- Chiner E, Sanchi Chust J, Landete P, Senent C, Gómez Merino E. Técnicas complementarias a la ventilación mecánica domiciliaria. Archivos de Bronconeumología. [Internet] 2014 [citado 30 Mayo 2020]; 50 (12): 546-553. Disponible en: <https://www.archbronconeumol.org/es-tecnicas-complementarias-ventilacion-mecanica-domiciliaria--articulo-S0300289614002671>
- 23.- López-Pinelo H., Ortiz-López A., Orosio-Méndez M., Cruz-Sánchez E., López-Jiménez E., Cruz-Ramírez T. et al . Técnicas de aspirado endotraqueal en neonatos: una revisión de la literatura. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2016 [citado 30 Mayo 2020]; 13(3):187-192. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632016000300187&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000300187&lng=es).
- 24.- Romeros Rivas EV, Tapia Calcina EM, Vicente Chávez MG. Conocimientos y prácticas de las enfermeras sobre la aspiración de secreciones en pacientes adultos intubados en la UCI de un hospital nacional de Lima. [Tesis de especialidad][Universidad Peruana Cayetano Heredia]. [Internet] 2017 [citado 30 Mayo 2020]:19-20. Disponible en: [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/7090/Soto\\_ag.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/7090/Soto_ag.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- 25.- Gómez Grande ML, González Bellindo V, Olguin G, Rodríguez H. Manejo de las secreciones pulmonares en el paciente crítico. Enfermería Intensivista. [Internet] 2010

[citado 30 Mayo 2020]; 21 (2):74-82. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-manejo-secreciones-pulmonares-el-paciente-S1130239910000350>

26.- Alonso López J, Morant P. Puesta al día en las técnicas: Fisioterapia respiratoria: indicaciones y técnica. An Pediatr Contin [Internet] 2004 [citado 30 Mayo 2020]; 2(5):303-306. Disponible en: <http://ardilladigital.com/DOCUMENTOS/EDUCACION%20ESPECIAL/PSICOMOTRICIDAD%20-%20FISIOTERAPIA/VARIOS/Fisioterapia%20respiratoria%20-%20Alonso%20y%20Morant%20-%20art.pdf>

27.- Gutiérrez Lizardi P. Protocolos y procedimientos en el paciente crítico. 1ª Edición: Manual Moderno. México: 2010: 229.

28.- Vademecum. Budesonida. [Internet] Madrid, España; 2017 [Citado 2020 30 Mayo]. Disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-budesonida+inhalatoria-r03ba02>

29.- Vademecum. Budesonida. [Internet] Madrid, España; 2017 [Citado 2020 30 Mayo]. Disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-budesonida+inhalatoria-r03ba02>

30.- Rodolfo Rodríguez Carranza. Vademécum Académico de Medicamentos. Budesonida: Corticosteroides Antiasmáticos Antialérgicos Antiinflamatorios. [Internet] 2020 [citado 30 Mayo 2020]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1552&sectionid=90367888>

31.- Hernández-González Guadalupe Lisseth, Salgado Reyes José Manuel. Monitorización de la perfusión tisular en el paciente críticamente enfermo. Rev Cient Cienc Méd [Internet]. 2016 [citado 30 Mayo 2020]; 19(2): 43-47. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-74332016000200008&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332016000200008&lng=es).

32.- Casamitjana i Cucurella N. Anticoagulantes inyectables. Heparinas-.Farmacia Profesional [Internet] 2001 [Citado 20 junio 2020]; 15 (5); 70-73. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-anticoagulantes-inyectables-heparinas-13013454>

33.- Castro P. de. Paciente con alteración de conciencia en urgencias. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2008 [citado 1 Junio 2020]; 31(Suppl 1): 87-97. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272008000200008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272008000200008&lng=es).

- 34.- American Diabetes Association. Estándares para la atención médica de la diabetes.[Internet] México; 2019 [Citado 2020 30 Mayo]. Disponible en: <https://fmdiabetes.org/ada/>
- 35.- Asociación Diabetes Madrid. Hipoglucemia e hiperglucemia, ¿cómo se presenta y qué debo hacer?. [Internet] España; 2020 [Citado 1 Junio 2020]. Disponible en: <https://diabetesmadrid.org/hipoglucemia-e-hiperglucemia-como-se-presenta-y-que-debo-hacer/>
- 36.- Cordero SO, Morales CI, Sánchez VLD, et al. Tres equipos para cuantificar glucosa capilar: estudio comparativo-prospectivo en pacientes graves. Acta Med. [Internet] 2005 [Citado 1 Junio 2020]; 3(1):9-18. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=1669>
- 37.- Martínez Gangoso L., Fuentes Pumarola C. Controles de la hiperglucemia en el paciente crítico: revisión bibliográfica. Enfermería Intensivista. [Internet] 2014 [Citado 1 Junio 2020]; 25(4): 146-163. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-la-hiperglucemia-el-paciente-critico--S113023991400073X>
- 38.- PISA. Balance hidroelectrolítico. [Internet] 2020 [Citado 2020 02 junio]. Disponible en: [http://pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4\\_1\\_7.htm](http://pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_1_7.htm)
- 39.- Vademecum. Furosemida. [Internet] Madrid, España; 2020 [Citado 2020 03 junio]. Disponible en: <https://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/f062.htm>
- 40.- Mariah Snyder, Ruth Lindquist. Terapias complementarias y alternativas en enfermería. 6ª Edición. México: Editorial Manual Moderno; 2011.
- 41.- Barrios Sanjuanelo A. Fiebre: actualización en el uso de antipiréticos. CCAP [Internet] 2012 [citado 3 Junio 2020] 11(4): 26-35. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/307108315\\_Fiebre\\_actualizacion\\_en\\_el\\_uso\\_de\\_antipireticos](https://www.researchgate.net/publication/307108315_Fiebre_actualizacion_en_el_uso_de_antipireticos)
- 42.- Sánchez Díaz J.S., Rodríguez Zárate C., Monares Zepeda E., Díaz Esquivel A., Aguirre Sánchez J., Franco Granillo J. Fiebre en la unidad de cuidados intensivos. An Med (Mex) [Internet] 2016 [citado 3 Junio 2020]; 61 (1): 33-38. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2016/bc161f.pdf>
- 43.- Benedí J., Gómez del Río M.A. Antitérmicos. Farmacia Profesional. [Internet] 2007 [citado 3 Junio 2020]; 21(3): 50-58. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-antitermicos-13100393>
- 44.- Bosch A. Los reguladores intestinales en la diarrea y el estreñimiento. Educación Sanitaria. [Internet] 2003 [citado 3 Junio 2020]; 22(4):88-92. Disponible en:



<https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-los-reguladores-intestinales-diarrea-el-13046053>

45.- Paula Martínez A., Regina de Acevedo Gissele. Traducción, adaptación cultural y validación de la "Bristol Stool Form Scale". Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet] 2012 [citado 3 Junio 2020]; 20(3):1-7. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/vDBpwytkNhbSLbzyYkPygFq/?lang=es>

46.- Hernández-Hernández B, Figueroa-Gallaga L, Sánchez-Castrillo C, et al. Utilidad de la presencia de ruidos intestinales, flatos y evacuación en la predicción de la tolerancia a la vía oral en pacientes sometidos a cirugía abdominal mayor. Rev Gastroenterol Mex. [Internet] 2007 [citado 3 Junio 2020]; 72(3): 207-213. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=18080#:~:text=La%20presencia%20de%20flatos%20result%C3%B3,es%20de%20mediana%20a%20baja.>

47.- Merino Andréu M., Ruiz de Larrinaga A., o Madrid Pérez J., Martínez Martínez M., Puertas Cuesta F., Asencio Guerra A., et al. Sueño saludable: evidencias y guías de actuación. Documento oficial de la Sociedad Española de Sueño. Revista de Neurología. [Internet] 2016 [citado 3 Junio 2020]; 63(2):1-27. Disponible en: <https://ses.org.es/wp-content/uploads/2016/12/rev-neurologia2016.pdf>

48.- Lira D, Custodio N. Los trastornos del sueño y su compleja relación con las funciones cognitivas. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2018 [citado 3 Junio 2020]; 81(1): 20-28. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972018000100004&lng=es.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972018000100004&lng=es.)

49.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica Prevención Diagnóstico y Manejo de las úlceras por presión en el adulto. México. [Internet] 2015 [citado 3 Junio 2020]; 1-25. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/quiasclinicas/104GER.pdf>

50.- Oliveira Costa A.C., Sabino Pinho C.P., Almeida dos Santos A.D., Santos do Nascimento A.C. et al. Úlcera por presión: incidencia y factores demográficos, clínicos y nutricionales asociados en pacientes de una unidad de cuidados intensivos. Nutr. Hosp. [Internet]. 2015 [citado 3 Junio 2020]; 32 (5): 2242-2252. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112015001100046&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015001100046&lng=es.)

51.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica Prevención y tratamiento de úlceras por presión a nivel hospitalario. México. Secretaría De Salud [Internet]. 2009

[citado 3 Junio 2020]:1-48. Disponible en:  
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/105GER.pdf>

52.- López-Casanova P., Verdú-Soriano J., Berenguer-Pérez M., Soldevilla Agreda J. Prevención de las úlceras por presión y los cambios de postura. Revisión integrativa de la literatura. Gerokomos [Internet]. 2018 [citado 4 Junio 2020]; 29(2): 92-99. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2018000200092&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000200092&lng=es).

53.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Sobrepeso y Obesidad Exógena. México. Secretaria De Salud [Internet]. 2018 [citado 4 Junio 2020]; 25-33. Disponible en:  
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/046GER.pdf>

54.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica Grupos de alimentos y patrones de alimentación saludables para la prevención de enfermedades adultos y pediátricos 1º, 2º, 3er nivel de atención. México. Secretaria De Salud [Internet]. 2016 [citado 4 Junio 2020]; 15-21. Disponible en:  
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/225GER.pdf>

55.- American Cancer Society. Riesgos para la salud debido al tabaquismo [Internet]. Estados Unidos; 2018 [citado 2020 10 Junio]. Disponible en:  
<https://www.cancer.org/es/cancer/causas-del-cancer/tabaco-y-cancer/riesgos-para-la-salud-debido-al-tabaquismo.html>

56.- El tabaco: Introducción. ABC Enfermedades. [Internet] 2013 [citado 2020 15 Junio]. Disponible en: [https://www.abc.es/salud/enfermedades/abci-tabaco-introduccion-201107150000\\_noticia.html](https://www.abc.es/salud/enfermedades/abci-tabaco-introduccion-201107150000_noticia.html)

57.- Vargas Enrique. Beneficios de los Grupos de Ayuda Mutua para avanzar en la promoción e intervención en los trastornos de ansiedad. Promoción de la salud y bienestar emocional en los adolescentes: panorama actual, recursos y propuestas [Internet]. 2019 [citado 2020 15 Junio]: 169-179. Disponible en:  
[http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/10\\_beneficios\\_de\\_los\\_grupos\\_de\\_ayuda\\_mutua\\_para\\_avanzar\\_en\\_la\\_promocion\\_e\\_intervencion\\_en\\_los\\_trastornos\\_de\\_ansiedad.pdf](http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/10_beneficios_de_los_grupos_de_ayuda_mutua_para_avanzar_en_la_promocion_e_intervencion_en_los_trastornos_de_ansiedad.pdf)

58.- Carvajal Carrascal G., Montenegro Ramírez J. D. Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos. Enfermería. Global [Internet]. 2015 [citado 17 Junio 2020]; 14(40): 340-350. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412015000400015&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000400015&lng=es)

59.- Bonet Ramón, Garrote Antonieta. Higiene íntima masculina y femenina. Elsevier Offarm [Internet]. 2010. [citado 17 Junio 2020]; 29 (1); 59-63. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-higiene-intima-masculina-femenina-X0212047X10475127>

60.- Anexo. Rasurado. Materiales y técnica Unidad 3. Higiene personal. Técnicas de aseo. [Internet] [Citado 15 Junio 2020 15]. Disponible en: [https://www.mhe.es/cf/ciclos\\_serviciosocioculturales/8448183231/archivos/Anexo\\_Rasurado\\_Materiales\\_y\\_tecnica.pdf](https://www.mhe.es/cf/ciclos_serviciosocioculturales/8448183231/archivos/Anexo_Rasurado_Materiales_y_tecnica.pdf)

62.- PISA. Cuidado de Heridas. [Internet] [Citado 15 Junio 2020]. Disponible en: [https://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4\\_1\\_8.htm](https://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_1_8.htm)

63.- Aldonza Valderrey M.C., Arranz Martín R., Bernal de Paz C., Casado de los Ojos I., González Sánchez M J., Guerra de la Fuente M. et al. Prevención de Infecciones asociadas al uso de dispositivos de acceso venoso Guía de buenas prácticas en cuidados del acceso vascular. [Internet] 2019 [Citado 15 Junio 2020]; 1-59. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/investigacion/es/banco-evidencias-cuidados/ano-2019.ficheros/1519370-Gu%C3%ADa%20de%20buenas%20pr%C3%A1cticas%20en%20cuidados%20del%20acceso%20vascular.pdf>

64.- Secretario de Salud. Protocolo para el manejo estandarizado del paciente con catéter periférico, central y permanente. [Internet] Primera edición. México; 2012 [Citado 15 Junio 2020]; 27. Disponible en: [http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/protocolo\\_manejo\\_estandarizado.pdf](http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/protocolo_manejo_estandarizado.pdf)

65.- Diario Oficial de la Federación. NORMA Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos. [Internet] México: 2012 [Citado 15 Junio 2020]; 24-27. Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5268977&fecha=18/09/2012](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5268977&fecha=18/09/2012)

66.- Nekane Bilbao. Antisépticos y desinfectantes. Farmacia Profesional. [Internet] 2009 [Citado 15 Junio 2020]. 23(4); 37-39. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-antisepticos-desinfectantes-13139886>

67.- Márquez Rivero P.A., Álvarez Pacheco I., Márquez Rivero A. Protocolo basado en la evidencia de los cuidados de los catéteres urinarios en unidades de cuidados intensivos.

Enfermería Intensivista. [Internet] 2012 [Citado 15 Junio 2020]; 23 (4):171-178. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-protocolo-basado-evidencia-cuidados-cateteres-S1130239912000193>

68.- Secretaria de Salud. Protocolo para la Estandarización del Cuidado al Paciente con Sonda Vesical, Enfocado a la Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud. [Internet] México; 2013 [Citado 10 junio 2020]: 1-40. Disponible en: [http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/protocolo\\_sonda\\_vesical.pdf](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/protocolo_sonda_vesical.pdf)

69.- Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social. Plan Nacional Resistencia Antibióticos. Recomendaciones sobre la prevención de la infección urinaria asociada a sondaje vesical en el adulto. Agencia española de Medicamentos y Productos Sanitarios. [Internet] 2018 [Citado 15 junio 2020]; 14. Disponible en: [http://www.resistenciaantibioticos.es/es/system/files/content\\_images/recomendaciones\\_preveccion\\_infeccion\\_urinaria\\_asociada\\_a\\_sodaje\\_vesical.pdf](http://www.resistenciaantibioticos.es/es/system/files/content_images/recomendaciones_preveccion_infeccion_urinaria_asociada_a_sodaje_vesical.pdf)

70.- Juilan García I., Montero Gracia E., López Zapater B., Manero Solanas M.-Técnica y cuidados de Enfermería en el sondaje gástrico. Revista Electrónica de Portales Médicos. [Internet] Primera edición. 2016 [Citado 15 Junio 2020]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/tecnica-cuidados-enfermeria-sondaje-nasogastrico/>

71.- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos. [Internet] Madrid, 2014 [Citado 15 junio 2020]. Disponible en: <http://www.secpal.com//Documentos/Paginas/quiacp.pdf>

72.- Consejo de Salubridad General, Early Institute e Instituto Nacional de Cancerología. Guía de manejo integral de cuidados paliativos. [Internet] México, 2018 (Citado 10 junio 2020). Disponible en: [http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia\\_cuidados\\_paliativos\\_completo.pdf](http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia_cuidados_paliativos_completo.pdf)

73.- Celada Caja F.J. Cuidados postmortem. Revista Páginasenferurg [Internet] 2012 [Citado 15 junio 2020; 4 (13): 12-15. Disponible en: <http://www.paginasenferurg.com/revistas/2012/marzo/cuidadospostmortem.pdf>

74.- Enzo Daniel Graziola. Citoquinas: mediadores de la respuesta inmunitaria. [Internet] (Citado 10 junio 2020). Disponible en: [https://www.anestesia.org.ar/search/articulos\\_completos/1/1/282/c.php](https://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/282/c.php)

75.- Junquera Trejo R.S., Pereyra Segura I. Pancreatitis aguda. Medigraphic. [Internet] 2010 (Citado 16 junio 2020); 1 (1):24-30. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcsalud/asp-2010/asp101f.pdf>

- 76.- Lima Serrano M., Gonzalez Mendez M.I., Martín Castaño C., Alonso Araujo I., Lima Rodriguez J.S. Validez predictiva y fiabilidad de la escala de Braden para valoración del riesgo de úlceras por presión en una unidad de cuidados intensivos. Medicina Intensiva. [Internet] 2018 (Citado 16 junio 2020); 42 (2): 82-91. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-validez-predictiva-fiabilidad-escala-braden-articulo-S021056911730030X>
- 77.- González Estavillo A.C., Jiménez Ramos A., Rojas Zarco E.M., Velasco Sordo L.R., Chávez Ramírez M.A., Coronado Ávila S.A. Correlación entre las escalas unidimensionales utilizadas en la medición de dolor postoperatorio. Revista Mexicana de Anestesiología. [Internet] 2018 (Citado 16 junio 2020); 41 (1):7-14. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=77264>
- 78.- Vicente Herrero M.T., Delgado Bueno S., Bandrés Moyá F., Ramírez Iñiguez de la Torre M.V., Capdevila García L. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. Revista de la Sociedad Española de Dolor. [Internet] 2018 (Citado 16 junio 2020); 25(49): 228-236. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462018000400228](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462018000400228)
- 79.- Barrientos-Sánchez J., Hernández-Cantoralb A., Hernández-Zavalab. M. Adaptación y validación de un instrumento de valoración de riesgo de caída en pacientes pediátricos hospitalizados. Enfermería Universitaria. [Internet] 2013 (Citado 17 junio 2020); 10(4):114-119. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-adaptacion-validacion-un-instrumento-valoracion-S1665706313726393>
- 80.- Rojas Gambasica J.A., Valencia Moreno A., Nieto Estrada V.H., Méndez Osorio P., Molano Franco D., Jiménez Quimbaya A.T., Escobar Modesto R. Validación transcultural y lingüística de la escala de sedación y agitación Richmond al español. Revista Colombiana de Anestesiología. [Internet] 2016 (Citado 17 junio 2020);44(3): 218-223. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-adaptacion-validacion-un-instrumento-valoracion-S1665706313726393>
- 81.- Muñana Rodríguez JE, Ramírez Elías A. Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado. Enfermería Universitaria. [Internet] 2014 (Citado 17 junio 2020); 11(1):24-35. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-escala-coma-glasgow-origen-analisis-S1665706314726612>
- 82.- Huixian Hu Liang, Sandoval Vargas J., Castro Álvarez J.P., Ayi Wong J.A. Terapia de presión negativa como técnica de cierre abdominal temporal en el manejo de abdomen abierto. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD. [Internet] 2016(Citado 17

junio 2020); 6 (4): 11-24. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr164b.pdf>

83.- Parada Pulg R. Escala de Daniels: qué evalúa, descripción, criterios. [Internet] (Citado 18 junio 2020). Disponible en: <https://www.lifeder.com/escala-de-daniels/>

84.- Berger Fleiszig Z. Mancilla Asencio C. Enfermedades del páncreas una visión iberoamericana. Primera edición. Editorial Liku. [Internet] Chile, 2019 [Consultado 20 julio 2020]. Disponible en:

[http://sociedadgastro.cl/gastroweb/documentos/2019/libro\\_pancreas.pdf](http://sociedadgastro.cl/gastroweb/documentos/2019/libro_pancreas.pdf)

## 12.- GLOSARIO DE TÉRMINOS

Amilasa: enzima que cataliza la hidrólisis del almidón en moléculas de carbohidratos de menor tamaño.<sup>19</sup>

Atelectasia: anomalía que se caracteriza por el colapso del tejido pulmonar que impide que se produzca el intercambio respiratorio de dióxido de carbono y oxígeno.<sup>19</sup>

Calculo biliar: cálculo formado en el tracto biliar por pigmentos biliares y sales cálcicas. Los cálculos biliares pueden causar ictericia, dolor en el hipocondrio derecho, obstrucción e inflamación de la vesícula biliar.<sup>19</sup>

Citoquinas: son glucoproteínas o proteínas de bajo peso molecular producidas durante la fase de iniciación o en la fase efectora de la respuesta inmune con el objeto de mediar y regular la amplitud y duración de las respuestas inmune/inflamatorias.<sup>74</sup>

Comorbilidad: coexistencia de dos o más enfermedades o procesos patológicos adicionales a un diagnóstico inicial.<sup>19</sup>

CPRE: colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.<sup>19</sup>

Egofonía: cambio de la voz a la auscultación de un paciente con un derrame pleural, sobre todo en un área pulmonar consolidada o comprimida por encima del derrame.<sup>19</sup>

Fistula: comunicación anormal desde un órgano o trayecto anómalo que comunica un órgano abdominal con la superficie corporal o dos órganos internos.<sup>19</sup>

Enterobacter: especie de bacteria de forma bacilar gramnegativa presente con frecuencia en las heces, productos lácteos, en las aguas residuales, en el suelo y en el agua.<sup>19</sup>

Hipoxemia: Déficit anormal de oxígeno en la sangre arterial.<sup>19</sup>

Hipoxia: Tensión celular inadecuada, disminuida, caracterizada por cianosis, taquicardia, hipertensión, vasoconstricción periférica, desvanecimiento y confusión mental.<sup>19</sup>

Hipercapnia: Concentración de dióxido de carbono en sangre superior a lo normal.

Klebsiella: género de diplococos en forma de pequeños bastones rechonchos con extremos redondeados, existen varias enfermedades respiratorias como bronquitis, sinusitis, algunas formas de neumonía, que están producidas por diferentes especies de Klebsiella.<sup>19</sup>

Leucocitosis: aumento anormal del número de leucocitos circulantes. Suele acompañar a las infecciones bacterianas, pero no a las virales.<sup>19</sup>

Lipasa: cualquiera de las distintas enzimas producidas por los órganos de aparato digestivo, que catalizan la desintegración de los lípidos mediante la hidrólisis de los enlaces entre los ácidos grasos y el glicerol en los triglicéridos y en los fosfolípidos.<sup>19</sup>

TC: Tomografía computada, Es más sensible que la ecografía; a pesar de esto, por razones de costo, empleo de radiaciones ionizantes y reducida capacidad para evaluar el sistema

biliar, la tomografía con propósito diagnóstico sólo está indicada ante el fracaso de la ecografía para reconocer el páncreas.<sup>75</sup>

Tripsina: enzima proteolítica digestiva producida por el páncreas exocrino que cataliza en el intestino delgado la fragmentación de proteínas.<sup>19</sup>



## 13.- ANEXOS

### 13.1 ANEXO 1

#### ESCALA DE BRADEN <sup>76</sup>

FACTOR RIESGO				
<b>Percepción sensorial</b> Capacidad personal para reaccionar de manera voluntaria a una molestia relacionada con la presión	<b>1.- Limitada completamente.</b> Al tener disminuido el nivel de conciencia o al estar sedado, el paciente no reacciona a estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrándose) o bien, capacidad limitada para sentir el dolor en la mayor parte del cuerpo.	<b>2.- Muy limitada.</b> Reacciona solamente ante estímulos dolorosos: no puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación, o bien presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o malestar en más de la mitad del cuerpo.	<b>3.- Ligeramente limitada.</b> Reacciona ante órdenes verbales, pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o bien presenta un déficit sensorial que limita la capacidad para sentir el dolor o la incomodidad en al menos una de las extremidades.	<b>4.- Sin limitaciones.</b> Responde a órdenes verbales, no presenta déficit sensorial que pueda limitar la capacidad de expresar o sentir el malestar.
<b>Humedad</b> Nivel de exposición de la piel a la humedad	<b>1.- Humedad constantemente.</b> La piel se encuentra expuesta constantemente a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad, cada vez que se mueve o se gira el paciente.	<b>2.- Humedad con frecuencia.</b> La piel esta húmeda a menudo, pero no siempre, la ropa de cama debe cambiarse al menos una vez por turno.	<b>3.- Humedad ocasionalmente.</b> La piel esta húmeda ocasionalmente, lo cual hace necesario, un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.	<b>4.-Humedad raramente.</b> La piel esta seca generalmente; la ropa de cama se cambia según los intervalos fijados por los cambios de rutina.
<b>Actividad</b> Nivel de actividad física	<b>1.- Encamado.</b> Paciente constantemente encamado.	<b>2.- En una silla.</b> Paciente que no puede andar o con deambulación limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para sentarse en una silla de ruedas.	<b>3.- Deambula ocasionalmente.</b> Deambula ocasionalmente con o sin ayuda, durante el día, pero en distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama, una silla o sillón.	<b>4.-Deambula frecuentemente.</b> Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las sesiones de paseo.
<b>Movilidad</b> Capacidad de cambiar y controlar la posición del cuerpo.	<b>1.-Inmovil completamente.</b> Sin ayuda no puede hacer ningún cambio de posición del cuerpo o de alguna extremidad.	<b>2.- Muy limitada.</b> Ocasionalmente hace ligeros cambios en la posición del cuerpo o las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí mismo.	<b>3.-Limitada ligeramente</b> Hace con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí mismo.	<b>4.-Sin limitaciones.</b> Hace con frecuencia importantes cambios de posición sin ayuda.
<b>Nutrición</b> Patrón usual de ingesta de alimentos.	<b>1.- Muy pobre</b> Nunca ingiere una comida completa, raramente toma más de un tercio de	<b>2.-Probablemente inadecuada.</b> Raramente hace una comida completa y	<b>3.-Adecuada</b> Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas; come un total de 4	<b>4.-Excelente</b> Ingiere la mayor parte de cada comida, nunca rehúsa una

<p>NPO nada por la vía oral IV vía intravenosa MTP nutrición parenteral total</p>	<p>cualquier alimento que se le ofrece, diariamente toma 2 raciones o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos), bebe pocos líquidos, no toma suplementos dietéticos. O bien esta en ayunas y/o con una dieta líquida o suero más de 5 días.</p>	<p>generalmente ingiere solo los alimentos que se le ofrece; la ingesta proteica incluye solamente tres raciones de carne o productos lácteos al día, ocasionalmente toma un suplemento dietético o bien recibe menos de la cantidad optima de dieta líquida o por sonda nasogástrica.</p>	<p>raciones al día de proteínas (carne o productos lácteos); ocasionalmente puede rehusar una comida, pero toma un suplemento dietético si se le ofrece. O bien recibe nutrición por una sonda nasogástrica o por vía parenteral lo cual cubre la mayoría de sus necesidades nutricionales.</p>	<p>comida, habitualmente come un total de 4 raciones de carne o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas, no requiere suplementos alimenticios.</p>
<p><b>Roce y peligro de lesiones cutáneas.</b> (excoriaciones)</p>	<p><b>1.-Problema</b> Requiere una asistencia de moderada a máxima para ser movido, es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un deslizamiento entre sabanas. Se desliza frecuentemente en la cama o en la silla y necesita recolocarse a menudo con el máximo de ayuda. La espasticidad, las contracturas o la agitación producen roce completamente.</p>	<p><b>2.-Problema potencial</b> Se mueve muy débilmente o requiere asistencia mínima. Durante los movimientos la piel probablemente roza contra las sabanas, la silla, los sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar.</p>	<p><b>3.-Aparentemente no hay problema.</b> Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene fuerza muscular suficiente para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.</p>	

La escala de Braden consta de 6 subescalas: percepción sensorial, exposición de la piel a la humedad, actividad física, movilidad, nutrición y peligro de lesiones cutáneas por fuerzas de fricción y/o cizalla.<sup>76</sup>

Es una escala negativa, es decir, que a menor puntuación el riesgo es más elevado con un rango que oscila entre los 6 y los 23 puntos. Se consideran pacientes de riesgo los que obtienen puntuaciones iguales o inferiores a 18, y se clasifican como: pacientes de muy alto riesgo (puntuación  $\leq 9$ ), de alto riesgo (puntuaciones entre 10 y 20), de riesgo moderado (puntuaciones entre 13 y 14) y de bajo riesgo (puntuaciones entre 15 y 18).<sup>76</sup>

**ESCALA VISUAL ANALOGA**

Se utilizó inicialmente para evaluar estados de ánimo en pacientes que correspondían a un estudio psicológico. Bond y Lader la introdujeron en 1974, pues se determinó su alta sensibilidad y validez de medición comparada con otras escalas, debido a que es capaz de evaluar intensidades desde leve hasta severo con mayor precisión. Asimismo, es fácil de usar, elimina terminología imprecisa, no depende de lenguaje y se puede determinar rápidamente el nivel de dolor según el paciente.<sup>77</sup>

Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada.<sup>78</sup>

<b>ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H. DOWTON)</b>		
<b>CAIDAS 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</b>	<b>1</b>
	<b>DIURETICOS</b>	<b>1</b>
	<b>HIPOTENSORES</b>	<b>1</b>
	<b>ANTIPARKINSONICOS</b>	<b>1</b>
	<b>ANTIDEPRESIVOS</b>	<b>1</b>
	<b>OTROS MEDICAMENTOS</b>	<b>1</b>
<b>DÉFICITS SENSORIALES</b>	<b>NINGUNO</b>	<b>0</b>
	<b>ALTERACIONES VISUALES</b>	<b>1</b>
	<b>ALTERACIONES AUDITIVAS</b>	<b>1</b>
	<b>EXTREMIDADES</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>SEGURO CON AYUDA</b>	<b>1</b>
	<b>INSEGURA CON AYUDA/SIN AYUDA</b>	<b>1</b>
	<b>IMPOSIBLE</b>	<b>1</b>

Evalúa caídas previas, medicamentos (ninguno, diuréticos, antiparkinsonianos, hipotensores no diuréticos, antidepresivos), déficits sensitivo-motores (ninguno, alteraciones auditivas, alteraciones visuales, en miembros como ictus o neuropatías), estado mental (orientado, confuso), marcha (segura con ayuda, insegura con/sin ayuda, imposible), edad (< 65 años o > 65).<sup>79</sup>

Asigna calificaciones de 0 y 1, con 2 o más puntos se consideran de alto riesgo. Es posible apreciar que en esta escala los factores de riesgo considerados con más frecuencia son: la inestabilidad en la marcha, confusión/agitación, incontinencia/frecuencia urinaria, historia de caídas y la prescripción de medicamentos (especialmente sedantes o anestésicos).<sup>79</sup>

<b>ESCALA DE RASS</b>		
<b>Puntuación</b>	<b>Término</b>	<b>Descripción</b>
<b>+4</b>	<b>Combativo</b>	Abiertamente combativo o violento. Peligro inmediato para el personal.
<b>+3</b>	<b>Muy agitado</b>	Se retira tubo(s) o catéter(es) o tiene un comportamiento agresivo hacia el personal.
<b>+2</b>	<b>Agitado</b>	Movimiento frecuente no intencionado o asincronía paciente-ventilador.
<b>+1</b>	<b>Inquieto</b>	Ansioso o temeroso, pero sin movimientos agresivos o vigorosos.
<b>0</b>	<b>Alerta y calmado</b>	
<b>-1</b>	<b>Somnoliento</b>	No completamente alerta, pero se ha mantenido despierto (más de 10 segundos) con contacto visual, a la voz (llamado).
<b>-2</b>	<b>Sedación ligera</b>	Brevemente, despierta con contacto visual (menos de 10 segundos) al llamado.
<b>-3</b>	<b>Sedación moderada</b>	Algún movimiento (pero sin contacto visual) al llamado.
<b>-4</b>	<b>Sedación profunda</b>	No hay respuesta a la voz, pero a la estimulación física hay algún movimiento.
<b>-5</b>	<b>No despierta</b>	Ninguna respuesta a la voz o a la estimulación física.

1. Observe al paciente: ¿El paciente está alerta y calmado? = puntuación 0.  
¿El paciente tiene un comportamiento que sugiere inquietud o agitación? (puntuación de +1 a +4 según los criterios antes mencionados, bajo la descripción).
2. Si el paciente no está alerta, en voz alta llame al paciente por el nombre y pídale que abra los ojos y lo observe. Repítalo una vez si es necesario. Puede solicitarle al paciente que continúe observándolo. El paciente tiene apertura de ojos y contacto visual, la cual se mantiene durante más de 10 segundos (puntuación de -1). El paciente tiene apertura de ojos y contacto visual, pero esto no se mantiene durante 10 segundos (puntuación de -2). El paciente tiene cualquier movimiento en respuesta a la voz, excluyendo el contacto visual (puntuación de -3).

3. Si el paciente no presenta respuesta a la voz, estimular físicamente al paciente por medio de la agitación del hombro y luego frotando su esternón si no hay respuesta a la agitación del hombro. El paciente tiene cualquier movimiento a la estimulación física (puntuación -4). El paciente no presenta respuesta alguna a la voz o la estimulación física (puntuación -5).<sup>80</sup>

Una de las escalas con características operativas eficientes y reproducibles en la evaluación sistemática de la sedación es la escala de sedación y agitación Richmond (RASS). La escala RASS fue desarrollada en el año 2012 por un grupo multidisciplinario en la Universidad de Richmond en Virginia, Estado Unidos, consiste en una escala de 10 puntos que puede evaluar rápidamente por 3 pasos claramente definidos a un paciente y ubicarlo en un nivel de sedación o agitación.<sup>80</sup>

<b>ESCALA DE COMA DE GLASGOW</b>	
<b>RESPUESTA OCULAR</b>	<b>PUNTUACIÓN</b>
<i>ESPONTANÉA</i>	4
<i>A ESTÍMULOS VERBALES</i>	3
<i>AL DOLOR</i>	2
<i>NINGUNA</i>	1
<b>RESPUESTA VERBAL</b>	<b>PUNTUACIÓN</b>
<i>ORIENTADO</i>	5
<i>CONFUSA</i>	4
<i>PALABRAS INAPROPIADAS</i>	3
<i>SONIDOS INCOMPRESIBLES</i>	2
<i>NINGUNO</i>	1
<b>RESPUESTA MOTORA</b>	<b>PUNTUACIÓN</b>
<i>OBEDECE ÓRDENES</i>	6
<i>LOCALIZADA</i>	5
<i>DE RETIRADA</i>	4
<i>FLEXIÓN ANORMAL</i>	3
<i>EXTENSIÓN ANORMAL</i>	2
<i>NINGUNA</i>	1

PUNTUACIÓN:

15 PUNTOS= SIN ALTERACIÓN

<9 PUNTOS= ESTADO DE GRAVEDAD

<3 PUNTOS= ESTADO DE COMA PROFUNDO

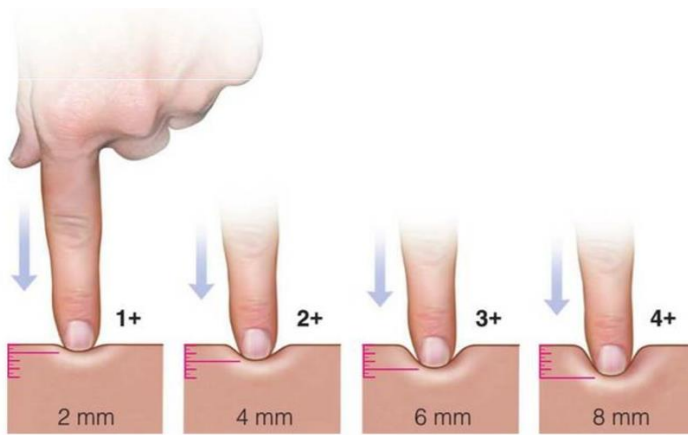
Glasgow Coma Scale fue creada con el objetivo de estandarizar la evaluación del nivel de consciencia. Esta evalúa dos aspectos de la consciencia:

- El estado de alerta, que consiste en estar consciente del entorno que lo rodea.
- El estado cognoscitivo, que demuestra la comprensión de lo que ha dicho el evaluador a través de una capacidad por parte de la persona para obedecer órdenes.<sup>81</sup>

Los 3 aspectos que se evalúan reflejan estrechamente la actividad de los centros superiores del cerebro, por lo tanto, evalúan la integridad de la función normal del encéfalo.<sup>81</sup>

Fue diseñada principalmente para vigilar la evolución de pacientes con traumatismo craneoencefálico, sin embargo, ahora es una herramienta útil para evaluar a todos los pacientes con riesgo de alteración en el estado de consciencia sin tener en cuenta la patología primaria.<sup>81</sup>

### VALORACIÓN DEL EDEMA



Valoración del edema, si existe (es decir, localización, color, temperatura, forma y grado en el que la piel permanece deprimida o con fóvea cuando se presiona con un dedo).<sup>13</sup>

### 13.7 ANEXO 7

#### TERAPIA DE PRESION NEGATIVA

La terapia de presión negativa (TPN) involucra la aplicación de algún grado de succión a una herida abdominal abierta. La terapia de presión negativa (TPN) ha sido utilizada por algún tiempo en el manejo de varios tipos de heridas. El uso de este abordaje se introdujo a través del uso de un apósito abdominal con VAC, que consiste en una hoja de plástico perforada que contiene una espuma, encima de la cual se inserta una esponja que cubre el defecto abdominal. Esto se cubre con un sello hermético y se conecta a una bomba.<sup>82</sup>

Aparte de cubrir el abdomen, permite la evacuación del exceso de líquido abdominal y mantiene una tensión constante en la fascia. La experiencia clínica confirma que la TPN en este escenario es segura y a pesar de las preocupaciones por el desarrollo de fístulas intestinales.<sup>82</sup>

Involucra la aplicación de algún grado de succión a una herida abdominal abierta. A través del uso de una cubierta y presión negativa constante en la herida, esta técnica previene la adherencia visceral a la pared abdominal anterolateral mientras mantiene la tracción medial de la fascia, lo que puede aumentar las tasas de cierre de fascia entre los que tienen un abdomen abierto. Puede también remover líquido y citoquinas proinflamatorias del peritoneo, lo que puede reducir el volumen del tercer espacio abdominal, la respuesta inflamatoria sistémica y disfunción orgánica resultante.<sup>82</sup>



### ESCALA DE DANIELS

La escala de Daniels es una escala utilizada para medir la fuerza de los músculos en el cuerpo humano, especialmente en pacientes de fisioterapia. Consiste en la evaluación de la contracción muscular frente a ciertos requerimientos, otorgándole valores entre 0 y 5. Esta escala fue publicada por primera vez en 1946 como parte del primer texto médico referente a las técnicas de evaluación muscular, que fue escrito por las americanas Lucille Daniels, Marian Williams y Catherine Worthingham y que aún tiene vigencia. El título de la obra era y sigue siendo hoy en día: *Pruebas Funcionales Musculares: Técnicas manuales de exploración*. La escala de Daniels se emplea para evaluar la contracción muscular de un músculo aislado o de los músculos relacionados con las articulaciones, que son los que permiten el movimiento articular. Los 6 grados de la escala son los siguientes.<sup>83</sup>

- 0= ausencia de actividad o contracción, que se traduce como parálisis total.
- 1= contracción visible, pero sin evidencia de movimiento significativo (en algunos textos se describe como “parpadeo” del músculo).
- 2= hay contracción y el grupo muscular puede conseguir el movimiento articular en su rango completo, pero no en contra de la gravedad.
- 3= el músculo puede completar el rango de movimiento completo, pero solo resistiéndose a la fuerza de la gravedad; cuando se aplica resistencia el movimiento de interrumpe.
- 4= el músculo puede completar todo el rango de movimiento y tolerar resistencia moderada sin interrumpir el mismo, aunque al aplicar la resistencia máxima se observa una “ruptura” clara del movimiento.
- 5= se trata de la “fuerza normal” y el examinador o terapeuta no puede cambiar la posición final del músculo contraído al final rango de prueba y con la resistencia máxima.<sup>83</sup>

La evaluación cualitativa asigna los parámetros normales (N), bueno (B), regular (R), deficiente (D), vestigios de actividad (V) y nulo (sin actividad, 0) a los valores 5, 4, 3, 2, 1 y 0, respectivamente.<sup>83</sup>