



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
EN ADULTO MAYOR CON LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AEREAS
BASADO EN EL MODELO TEÓRICO DE VIRGINIA HENDERSON

PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
MIRIAM GUADALUPE DE JESUS CARRIZOSA

ASESOR:
MTRA. SONIA OSNAYA LUNA



CIUDAD DE MEXICO, 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



UNIDAD DE INVESTIGACIÓN ESCUELA
DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE JESUS
P R E S E N T E:

Adjunto a la presente me permito a enviar a usted el Trabajo Profesional:

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
EN ADULTO MAYOR CON LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AEREAS
BASADO EN EL MODELO TEÓRICO DE VIRGINIA HENDERSON**

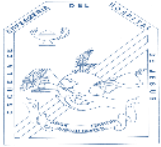
Elaborado por:

MIRIAM GUADALUPE DE JESÚS CARRIZOSA

Una vez reunidos los requisitos establecidos por la Legislación Universitaria, apruebo su contenido para ser presentada y defendida en el examen profesional, que se presentara para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

ATENTAMENTE

MTRA. SONIA OSNAYA LUNA



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
 INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 CLAVE 3295 -12



AUTORIZACIÓN DEL TRABAJO ESCRITO

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO
 DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN Y
 REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS
 UNAM
 PRESENTE

Me permito informar a usted que el trabajo escrito, PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:
EN ADULTO MAYOR CON LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AEREAS BASADO EN EL
MODELO TEÓRICO DE VIRGINIA HENDERSON

Elaborada por:

1. De Jesus Carrizosa Miriam Guadalupe 416523016
 2. _____
 3. _____
- Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Núm. de cuenta

Alumnos de la carrera de Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Reúne los requisitos académicos para su impresión.

Ciudad de México, 2023

Mtra. Sonia Osnaya Luna
 Nombre y firma del
 Asesor del trabajo escrito

Dra. Tomasa Juárez Caporal
 Nombre y firma del
 Director Técnico de la carrera



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
 Sello de la
 Institución



INDICE

I INTRODUCCÓN.....	
II JUSTIFICACION.....	
III OBJETIVOS.....	
3.1 GENERAL.....	
3.2 ESPECÍFICOS.....	
IV. MARCO TEÓRICO.....	8
4.1 Enfermería como profesión disciplinar.....	8
4.2 Cuidado como objeto de estudio.....	10
4.3 Modelo teórico de las 14 necesidades de Virginia Henderson.....	11
4.4 El proceso enfermero.....	17
4.5. Persona adulto mayor.....	25
4.6 Shock séptico.....	25
V APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERÍA.....	29
5.1 Presentación del caso.....	29
5.2. Valoración inicial y continua (identificación de necesidades).....	31
5.3. Priorización de necesidades y razonamiento de diagnósticos enfermeros.....	35
5.4. Plan de intervención.....	37
5.5 Ejecución.....	50
5.6 Evaluación (NOC).....	52
5.7 Plan de alta.....	53
VI CONCLUSIONES.....	54
VII GLOSARIO DE TERMINOS.....	55
VIII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	56
IX ANEXOS.....	59



I. INTRODUCCIÓN

El proceso de atención de enfermería (PAE), es una aplicación del método científico en la práctica asistencial lo que permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.¹

En este proyecto de investigación nos enfocaremos en una paciente de 70 años de edad con diagnóstico de shock séptico que ingresa al servicio de urgencias por presentar dificultad en la vía aérea en donde el personal de enfermería tendrá como misión centrarse en proveer el cuidado que deba estar sustentado y justificado en evidencia científica cumpliendo con estándares de calidad y seguridad.

El shock séptico es una manifestación grave de una infección que se produce como consecuencia de una respuesta inflamatoria sistémica severa que llega a provocar un colapso cardiovascular y/o micro circulatorio, e hipo perfusión tisular².

Es por ello que se valora la situación de salud de la paciente, planteando un problema que se diagnóstica, realizándose una revisión basada en evidencia científica y se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación y ejecutaran acciones y toma de decisiones en donde se analizan y evalúan resultados³.

Este trabajo tiene como finalidad utilizar el modelo de Virginia Henderson y sus 14 necesidades utilizando la taxonomía NANDA NOC NIC y así poder identificar las necesidades básicas alteradas en la paciente con shock séptico.

Además, se considera un problema de salud importante que afectan a millones de personas cada año, matando a uno de cada cuatro y a menudo a más⁴. Es por ello que al realizar una correcta aplicación del PAE, se brinda un tratamiento adecuado y se favorece la calidad de vida y la paciente puede involucrarse en sus actividades diarias.



II. JUSTIFICACION

La Sepsis es un serio problema de salud que ocasiona en la mayoría de los pacientes hipotensión que no responde de forma inmediata con la reanimación con líquidos⁵.

Esta patología suele afectar en un 30% y suele incrementar en adultos mayores hasta 40% y en pacientes con choque séptico alcanza un máximo del 50% de las personas⁶.

Se considera una de las patologías más frecuentes en el área de urgencias y en el servicio de terapia intensiva constituye un problema de salud por eso es de suma importancia que el personal de enfermería implemente intervenciones de forma oportuna ya que si no se interviene inmediatamente podría causar la muerte en los pacientes.

Siendo de suma importancia que el personal de enfermería detecte inmediatamente el problema de salud y juegue un papel importante para el mejoramiento del paciente y que su estancia hospitalaria reduzca el menor tiempo posible y su recuperación sea de forma satisfactoria.



III. OBJETIVOS

3.1 GENERAL

- Implementar un proceso de atención de enfermería (PAE) en una mujer adulta mayor de 70 años edad utilizando el modelo de Virginia Henderson con el fin de restaurar su salud.

3.2 ESPECÍFICOS

- Valorar las necesidades según el modelo de Virginia Henderson a fin de identificar aquellas que no estén satisfechas
- Elaborar diagnósticos de enfermería de acuerdo a las necesidades afectadas utilizando el método NANDA
- Diseñar planes de cuidado a fin de establecer intervenciones a realizar en la paciente utilizando taxonomía NOC, NIC
- Ejecutar intervenciones de enfermería de acuerdo en lo estipulado en cada plan de cuidado



IV. MARCO TEÓRICO

4.1. ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINAR

La enfermería como profesión se fundamenta en una base de conceptos propios construidos a partir de 1952, año en el que se presentó el trabajo de Hildergard Peplau, Considerado como la primera Teoría de Enfermería.⁷ Suele ser una disciplina profesional y por su naturaleza debe ser capaz de generar conocimiento que le permita contar con explicaciones de diferente fenómenos y cuestionamientos propios de una práctica entendida como un proceso que permita ser creciente dentro del desarrollo profesional que se pueda que utilizar como un instrumental-técnico (acción) y lo teórico-reflexivo (pensamiento)⁸

Estructura disciplinar de la enfermería

Es cierto que la enfermería como disciplina requiere de actualización y reconstrucción permanente, de ahí que algunos autores se refieran a ella como disciplina o ciencia en construcción. La disciplina de enfermería posee una estructura instruida, que apoya a la comprensión y conocimiento de su esencia como ciencia del cuidado y Constituye una estructura organizada y lógica que permite tener una comprensión más amplia en las relaciones que guardan las dimensiones que, como disciplina, que tiene la profesión.

a) Filosófica epistemológica.

El desarrollo del conocimiento de enfermería es guiado por las afirmaciones filosóficas acerca de la naturaleza de los seres humanos y la relación humano entorno y atención. La filosofía responsable directa del origen y construcción del metaparadigma de enfermería, que se define como un conjunto de conceptos globales del fenómeno de interés de la disciplina de enfermería: persona (P), salud (S), entorno (E), cuidado(C).

b) Teórica.

Retoma la teoría propia y prestada de enfermería entendiendo por teoría al Conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, por lo tanto, se convierten en un elemento indispensables para la práctica profesional, ya que facilitan la forma de describir y explicar, así como predecir el fenómeno del cuidado.



c) Metodológica.

Representada por el proceso de enfermería, el cual constituye una serie de pasos ordenados y sistematizados para dar cuidado; está compuesto por cinco etapas: valoración (V), diagnóstico (D), planeación (P), ejecución (E) y evaluación (E).

d) Práctica.

Es la expresión objetiva y evidente del proceso formativo científico teórico.⁹

Metaparadigma: Es un conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos. Dichas relaciones se establecen de una manera abstracta¹⁰

- Salud:** La salud es básica para el funcionamiento del ser humano. El objetivo es que los individuos recuperen la salud o la mantengan, si tienen la voluntad, fuerza y conocimientos necesarios.⁵ Se considera salud la habilidad del paciente para realizar sin ayuda las 14 necesidades básicas. Henderson equipara salud con independencia.
- Persona:** Es aquel individuo que necesita ayuda para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz. La persona es una unidad corporal y mental que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.
- Entorno:** Para Henderson un individuo sano es capaz de controlar su entorno, pero la enfermedad puede influir en esta capacidad. El entorno incluye la relación del individuo con la familia. También incluye la responsabilidad de la comunidad de proveer cuidados.
- Enfermera (cuidados o rol profesional):** La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) actividades que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible.¹¹



La Historia del cuidado surge en la etapa doméstica durante el siglo XVIII, definiéndose como un acto instintivo femenino para la protección de las familias, ya que era la presencia comprensiva y respetuosa de las mujeres quienes lograban el bienestar de los seres humanos que las rodeaban, llega a las sociedades arcaicas superiores (entre la prehistoria y el mundo clásico) en donde la responsabilidad del cuidado recaía en los sacerdotes y hombres cultos que vivían en los templos y eran mantenidos por el pueblo, Fue hasta la aparición de Florence Nightingale quién surge en la época moderna y marca por completo el sentido del cuidado ¹². Como estudio del cuidado humano, en todas las vivencias, necesidades y respuestas que la persona tiene alrededor de la búsqueda de su realización, pero sin que ello nos lleve a reducir nuestra concepción de objeto y nos aleje del objeto del cuidado que es el ser humano en sus diferentes connotaciones ya mencionadas, tanto individual y colectivamente.

4.2. CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

Ocupa un lugar central y fundamental en el discurso de la enfermería. Desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto de conocimiento de la enfermería y criterio fundamental para distinguirla del campo de la salud. La enfermería es un cuerpo de conocimientos teórico-práctico que se caracteriza por poseer un objeto de estudio o de conocimiento, que le permite delimitar un campo de estudio que lo define o caracteriza de tal forma que quienes conforman la comunidad científica compartan ese mismo objeto de estudio y un lenguaje común; es así que en la actualidad es aceptado de manera universal que el cuidado es el objeto de estudio de enfermería, debe tener una amplia visión preestablecida relacionada con el cuidado profesional, debiendo reconocer a otros profesionales y al gremio como seres activos y trascendentes, considerando a la persona como un ser holístico, implementando la investigación con un abordaje cualitativo y cuantitativo capaz de retroalimentar la práctica de enfermería basada en el cuidado.¹³



Cuidado

Florence Nightingale hace mención de él, utilizándolo para representar la ayuda que se prestaba a las personas para vivir o sobrevivir en sus ambientes físicos o naturales en relación con la limpieza, el aire no contaminado, el reposo, la buena alimentación y el ejercicio. Según Colliere (1996) —cuidar es, ante todo, un acto de vida, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a conservar la vida y permitir que ésta continúe y se reproduzca, establece la diferenciación de la naturaleza de los cuidados de acuerdo con las funciones de la vida, éstos son:

Care: Cuidados de costumbre y habituales, relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida, representan todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida, reaprovisionándola de energía, en forma de alimentos o de agua, calor, luz o naturaleza afectiva o psicosocial.

Cure: Cuidados de curación, relacionados con la necesidad de curar todo aquello que interfiere con la vida, eliminar los obstáculos, limitar la enfermedad, asistir en la estabilización de los procesos degenerativos

4.3. MODELO TEÓRICO DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació el 30 de noviembre de 1897 en Kansas City, más tarde su familia se trasladó a Virginia para que su padre pudiese ejercer su profesión de abogado con los indios nativos americanos. Recibió la educación secundaria de manos de su abuelo Abbot y de su tío. Participó en la primera guerra mundial y fue entonces cuando decidió iniciar sus estudios de enfermería graduándose en 1921 en la Escuela del ejército, siempre fue una persona muy inquieta y crítica, ya siendo estudiante se empezó a cuestionar si eran correctos los cuidados que se impartían y de qué manera se podían planificar para que fuesen más eficaces. Desde entonces esa inquietud por su profesión hizo que su vida fuera de la eterna estudiante.

Ella siempre mantuvo —Nunca se deja de ser estudiante; si vales para ello, seguirás estudiando toda la vida.¹⁴



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 avanzada¹⁵

Supuestos teorías

Manifestaciones de dependencia e independencia: El concepto de dependencia e independencia va ligado al concepto de autonomía.

Autonomía Capacidades físicas y psíquicas de la persona (capacidad funcional) que le permiten satisfacer las Necesidades Básicas mediante acciones realizadas por sí mismo.

Independencia: Nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para llevar a cabo las acciones adecuadas y suficientes para satisfacer las Necesidades Básicas.

Manifestaciones de Independencia: Conductas o indicadores de conductas de la persona adecuada y suficiente para satisfacer las Necesidades Básicas

V. Henderson considera que el papel fundamental de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a conservar o recuperar su salud (o bien asistirlo en los últimos momentos de su vida) para cumplir aquellas necesidades que realizaría por sí mismo si tuviera la **fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios**. De este modo enfermería favorecerá la recuperación de la independencia de la persona de la manera más rápida posible.¹⁶

Henderson identifico 3 niveles de relación entre la enfermera y el paciente

- 1) La enfermera como sustituto del paciente
- 2) La enfermera como ayuda del paciente
- 3) La enfermera como compañera y orientadora del paciente.
 - En estado de enfermedad grave, la enfermera puede considerarse como un sustituto de lo que le hace falta al paciente para sentirse completo o independiente



- Como ayuda del paciente, la enfermera da apoyo al paciente para recuperar su independencia
- Como compañera y orientadora, la enfermera imparte educación sobre la salud, al paciente, y familia y junto con el paciente y la familia, formulan juntos el plan de cuidados, lo ejecutan y evalúan.¹¹

NECEIDADES CONFORME AL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

1. Respirar con normalidad: Es esencial para el desarrollo de la vida. La valoración de esta necesidad pretende conocer la función respiratoria de la persona. Es por ello que, el Profesional de Enfermería deberá de averiguar los hábitos del cliente y planificar las intervenciones a desarrollar para satisfacer esta necesidad humana básica Frecuencia respiratoria (FR). , Saturación parcial de oxígeno (SpO2%), Tipo de respiración, Permeabilidad de la vía aérea, Tos, Secreciones, Fumador. Hábito Tabáquico: N° cigarrillos/día, desea dejar de fumar, Dificultades o limitaciones relacionadas con la respiración.

2. Necesidad de Comer y beber adecuadamente: 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.

Sigue algún tipo de dieta; Lácteos escasos; Bebidas azucaradas; Complejos vitamínicos, Inapetencia; Existencia de síntomas digestivos (náuseas, vómitos...); Alteración del peso; Intolerancia alimenticia, Problemas para comer: en la boca, para masticar, para tragar; Prótesis dentales y/o problemas de dentición; Sonda nasogástrica, gastrostomía; Problema con las comidas del niño., Necesidad de ayuda para alimentarse., Horario fijo de comidas; Lugar de las comidas; Come entre horas; Malos hábitos durante las comidas, Pesó; Talla; IMC.

3. Necesidad de eliminar los desechos del organismo: El organismo precisa eliminar los desechos que genera, resultantes del metabolismo, para su correcto funcionamiento. La eliminación se produce principalmente por la orina y las heces, también a través de la piel (sudor, transpiración), respiración pulmonar y la menstruación Frecuencia de eliminación fecal, Características de las heces, Presenta alteraciones: Incontinencia, Dolor, Hemorroides, Gases, Se han producido cambios en los hábitos intestinales, Hábitos que dificultan / ayudan a la



defecación., Utiliza algún medio para favorecer la defecación, Frecuencia de eliminación urinaria, Características de la orina, Presenta alteraciones: Incontinencia, Poliuria, Urgencias urinarias, Hábitos que dificultan / ayudan ala micción, Recursos que utiliza: Absorbentes, colector, Sonda. Frecuencia de la Menstruación, Características de la menstruación: Dolor, Recursos que utiliza para calmarlo, Menopausia, Sudoración excesiva.

4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada: Es un requisito fundamental indispensable para mantener la integridad, entendida ésta como la armonía de todos los aspectos del ser humano. Desde esta perspectiva, la satisfacción de esta necesidad está condicionada no solo por aspectos biológicos, sino también psicológicos, socioculturales y espirituales.: Completamente independiente/requiere el uso de un quipo o dispositivo/Requiere de otra persona para ayuda, Ejercicio físico habitual: sedentario (por incapacidad física y/o psíquica) / pasea ocasionalmente/pasea diariamente/ practica algún deporte, Postura que adopta habitualmente (sentado, de pie, acostado).

5. Descansar y dormir: Patrón de sueño / descanso habitual: Horas de sueño al día: nocturno, día, Hora de inicio / fin de sueño y/o descanso, Existencia de cansancio, somnolencia, tras el sueño o el descanso. ¿Desde cuándo?, Nivel de energía durante el día para las Actividades de la Vida Diaria. Hábitos relacionados con el sueño / descanso, Lugar donde duerme / descansa: cama, sillón, Existencia de ritual para dormir, Presencia de malos hábitos para dormir: indicar. Cambios en el patrón de sueño / descanso, Dificultades para conciliar o mantener el sueño, Existencia de alguna enfermedad que le impida conciliar el sueño, Problemas durante el descanso / relajación: interrupciones, estímulos ambientales nocivos. Causas, Presencia de ronquidos.

6. Necesidad de escoger ropa adecuada vestirse y desvestirse. 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, Adecuación y comodidad de la ropa y calzado que usa habitualmente, Prendas u objetos que desee llevar siempre y significado que les atribuye, Dificultades o limitaciones para elegir la ropa, vestirse y/o desnudarse, Causas a las que atribuye estas dificultades o limitaciones, Cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o



resolverlas, Otros factores personales o ambientales que influyen en la elección de la ropa y/o las acciones de vestirse— desnudarse, Recursos que emplea para mejorar la satisfacción de la necesidad y percepción de los resultados, Manifestaciones de dependencia y origen de éstas.

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

Mantener la Temperatura corporal dentro de los límites normales según haga frío o calor, adecuando la ropa y modificando el ambiente. Edad del paciente, ¿Habitualmente tiene sensación de tiritona con el frío/sudoración con el calor?, ¿Historia de exposición a temperaturas extremas?, Determinar los recursos utilizados y capacidad de la persona para adaptarse a los cambios de temperatura ambiental, Recursos utilizados habitualmente para mantener la temperatura corporal, ¿Qué hace cuando tiene fiebre?: uso de medios físicos, antipiréticos habituales

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 Higiene personal: corporal, bucal, cabello, uñas, Capacidad funcional para el baño/higiene general y tipo de ayuda que precisa, Estado de piel y mucosas: características de hidratación, coloración, elasticidad, Valoración de miembros inferiores, Valoración de pies, Alteraciones o lesiones de la piel: presencia de úlceras por presión (UPP), úlceras vasculares, úlceras neuropatías, traumatismos, quemaduras, heridas quirúrgicas indicando su localización, tamaño y características.

9. Necesidad de evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otra persona:

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, Estado de ánimo: preocupación, tristeza, nerviosismo, irritabilidad, euforia, impulsividad... Recursos que emplea y factores de influencia. Percepción de sí mismo y de la situación actual: ¿Cómo se siente? ¿Qué se siente capaz de hacer? ¿Qué, quién puede ayudarlo? ¿Qué expectativas tiene, Adhesión al plan terapéutico? Actitud. Motivo de incumplimiento, Medidas de seguridad personal y ambiental habituales. Realiza prevención. Existen barreras. Condiciones del hogar, entorno familiar y social, Alergias: medicamentos, alimentos, ambientales, Tratamientos.



Automedicación, Orientación: espacial, temporal, personas, Alteraciones sensoriales-perceptivas, Nivel de conciencia. Memoria. Equilibrio., Dolor: tipo, intensidad, localización, repercusión, ayuda que necesita.

10 Necesidad de comunicarse con los demás: 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 Comunicación Limitaciones cognitivo — perceptuales., Posibilidad de comunicación alternativa, Cambios en la situación de salud, Estructura y dinámica familiar, Condiciones del entorno. Relación (Del cuidador), Estado general de salud, Grado de conocimiento y habilidades para brindar cuidados, Percepción de la situación, Recursos personales: capacidad de afrontamiento, habilidad para solucionar problemas, Estado mental. Creencias y valores sobre la salud y el cuidado de dependientes, Necesidad real y percibida de cuidados. Relación (entorno familiar y social), Edad y sexo, Embarazos. Aborto, Disfunción reproductiva, Patrónsexual y grado de satisfacción, Métodos anticonceptivos.

11. Necesidad de vivir de acuerdo con los propios valores y creencias: 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 Percepción actual de su situación de salud y bienestar, Planes de futuro de la persona. Jerarquía de valores, Facilidad/dificultad para vivir según sus creencias y valores, Importancia de la religiosidad / espiritualidad en su vida, Recursos que utiliza para mantener la salud., Existencia de algún valor o creencia que sea compartido a nivel familiar por todos sus integrantes, Circunstancias que influyen en su filosofía de vida: prohibiciones, rol en función de su sexo, prácticas religiosas o alternativas comunitarias. Actitud ante la muerte.

12. Necesidad de formarse de algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización: Capacidad de actuar de manera que el individuo se sienta satisfecho consigo mismo y con el rol que le toca desempeñar. Deseo de realización y superación, Sensación de utilidad. Presencia de dolor.



13. Necesidad de participar en actividades recreativas Una situación de salud/enfermedad o acontecimiento vital puede romper dicha integridad de la persona en su situación de vida, ocasionando al individuo un problema de independencia total o parcial para satisfacer esta Necesidad. Número de horas que le dedica a la semana, Presenta dificultad para realizar sus pasatiempos habituales, Se aburre, Causas a las que atribuye esta dificultad o limitación, Cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas., Respuesta ante situaciones estresantes: Somatización, Inhibición.

14. Necesidad de aprender, descubrir, o 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 Circunstancias que influyen en el aprendizaje: limitaciones cognitivas o físicas, estado emocional, motivación, edad, nivel de instrucción, sabe leer y escribir, Grado de conocimiento de su actual estado de salud: estado de salud, cuidados básicos, medicación (pautas y efectos del tratamiento), Comportamientos indicativos de interés por aprender y resolver problemas: Preguntas, participación, resolución de problemas, proposición de alternativa.

4.4. EL PROCESO ENFERMERO

Desde 1950 cuando Hall acuñó el término de «proceso enfermero»¹⁶ lo define como —el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud. El proceso de enfermería es el método de trabajo que utiliza la enfermería para proporcionar cuidados. Consta de cinco etapas: la etapa de valoración, la de diagnóstico, la de planificación, la de ejecución y, por último, la de evaluación.¹⁷ En 1974, la Organización Mundial de la Salud definió al PAE como componente de la profesión (el cuidado) y actualmente es una de las pocas técnicas establecidas a nivel mundial en el cuidado profesional.¹⁸

Los objetivos

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.



También: Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.

- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios. Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

Las características:

- **Tiene una finalidad:** Se dirige a un objetivo.
- **Es sistemático:** Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- **Es dinámico:** Responde a un cambio continuo.
- **Es interactivo:** Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- **Es flexible:** Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- **Tiene una base teórica:** El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.¹⁹

ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO

VALORACIÓN

Es el primer paso del proceso de enfermería y se puede describir como el proceso organizado y sistemático²⁰. Consiste en reunir toda la información necesaria para obtener una imagen, lo más clara y completa posible de las necesidades de la persona, sus problemas y sus capacidades.

Fases: Se separan para profundizar en los aspectos teóricos de la valoración y medios para su aplicación, pero en la práctica se dan de manera simultánea.

Recolección de datos Es esencial porque se inicia el primer contacto con la persona, familia o comunidad, es un proceso dinámico y continuo. La valoración comprende una primera fase de recogida de datos y una segunda fase de interpretación y validación de los datos, que concluye con la identificación de problemas de salud enfermeros, interdependientes o de otro profesional



Clasificación de los datos: Los datos subjetivos, Se obtienen de la opinión y percepción de la persona sobre sí misma y su situación de salud, por ejemplo, ideas, síntomas, sentimientos, acontecimientos y los datos objetivos, Como su nombre lo indica, es información observable y medible, la enfermera tiene la garantía que están sucediendo en el momento.

Fuentes para la obtención de los datos.

Significa de dónde se puede originar la información y se pueden obtener de diferentes formas: primaria o directa es la persona a la que se va a cuidar y secundaria o indirecta se considera la familia (cuando el individuo está incapacitado para responder).

Medios y técnicas para la recolección de los datos.

Son los apoyos para el profesional de enfermería, mediante los cuales podrá obtener la información: La **observación** es un proceso deliberado, que incluye atención voluntaria y la inteligencia, orientadas por un objetivo, para obtener información la **entrevista** es una conversación dirigida entre dos personas con dos finalidades: dar y obtener información.

- Recoger información para identificar problemas.
- Iniciar la relación enfermera-persona, creando un clima de confianza y respeto. La entrevista se estructura por etapas las cuales son:
- Introducción o presentación en la que se debe considerar lo siguiente: objetivo, concretar el tiempo, iniciar pregunta abierta.
- Conversación: busque y dé información, verifique los datos obtenidos, anote los datos.
- Resumen: sintetizar la información en orden de importancia, preguntar si quiere añadir algo

Validación de los datos: confirmar los datos para determinar si responden a los hechos:

- Revisar los propios datos (escala de medición).
- Solicitar que otra persona recolecte el mismo dato.
- Identificar que no existen factores transitorios

Organización de los datos: Agrupación de los datos en categorías de información de forma que tengan sentido, puedan verse las relaciones entre ellos e identificar las capacidades del paciente, y sus problemas de salud reales y potenciales



Registro de los datos Consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la observación, entrevista y exploración física

- Cumplir normas.
- Evitar juicios de valor

DIAGNÓSTICO:

Es la segunda etapa del proceso de enfermería, el término diagnóstico de enfermería fue introducido en 1953 por Vera Fry. Que lo define como un Juicio clínico sobre las reacciones a los problemas de salud reales y potenciales, a los procesos vitales de una persona, de una familia o de una colectividad.

Ventajas

- Adoptar un vocabulario común.
- Identificar los problemas de las personas.
- Centrar los cuidados en aspectos de enfermería.
- Ofrecer a la persona cuidados de calidad, personalizados, humanizados.
- Facilitar la coordinación del trabajo en equipo.
- Dar mayor prevención.
- Proporcionar elementos de información.

La **NANDA-I 2012-2014** proporciona una clasificación diagnóstica que sirve de herramienta, a través de la cual, se unifica internacionalmente el lenguaje de enfermería sin importar las barreras idiomáticas o culturales

Dominio es —una esfera de actividad, estudio o interés

Clase es —una subdivisión de un grupo mayor; una división de las personas o cosas por su calidad, rango o grado.

Formulación del diagnóstico de enfermería

La formulación del diagnóstico de enfermería va a depender del tipo de diagnóstico que se haya identificado a partir del análisis realizado. La NANDA-I 2012-2014, plantea cuatro formas distintas

1. Diagnóstico de enfermería de promoción de la salud. Comportamiento motivado por



el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial humano en relación con la salud.

2. Diagnóstico de enfermería de riesgo. Vulnerabilidad, en especial como resultado de estar expuesto a factores que incrementan la posibilidad de lesión o pérdida.

3. Diagnóstico de enfermería Enfocado al problema. Existente en realidad, que está en ese momento.

4. Diagnóstico de enfermería de Síndrome Es un juicio clínico que describe un conglomerado específico de diagnósticos enfermeros que ocurren juntos y que se tratan mejor en conjunto a través de intervenciones similares.

Validación del diagnóstico de enfermería

Es el procesamiento de datos, en esta fase el profesional de enfermería intenta confirmar la exactitud de la interpretación de los datos.

Registro del diagnóstico de enfermería

El registro va a depender de las recomendaciones que se hicieron en la etapa de valoración y también del tipo de diagnóstico de enfermería, es importante considerar que en el momento que se plantea un diagnóstico de enfermería es porque el profesional tiene injerencia en el cuidado de la persona, familia y comunidad y de sí mismo será líder ante a otros profesionales del área de la salud.

Planeación del Cuidado

Se inicia con los diagnósticos de Enfermería y concluye cuando se registra las intervenciones del cuidado de Enfermería. Consta de cuatro partes: selección de prioridades, determinación de los resultados esperados, determinación de las acciones para lograrlos y registro del plan.²⁰

Establecer prioridades

Las prioridades en las intervenciones de enfermería dependen del diagnóstico de enfermería, es donde se concluye la identificación del problema, en el cual se debe centrar el cuidado, y realizar acciones inmediatas en aquellas manifestaciones que representan una amenaza para la vida. La clasificación es alta, intermedia o baja, según el escenario donde se encuentre la persona y las condiciones de salud



Elaborar objetivos y/o resultados esperados (NOC) El establecimiento de diagnósticos de enfermería y prioridades individualizadas ayuda a determinar los objetivos de cuidados, se definen como pautas para la selección de las intervenciones enfermeras y los criterios para su evaluación.

Los objetivos identifican los beneficios que espera ver en la persona

1. Los objetivos a corto plazo describen los beneficios tempranos que se esperan de las intervenciones enfermeras (minutos, horas, día, entre otros).
 - a) Los objetivos a largo plazo describen las ventajas que se esperan ver en cierto momento después de haber puesto en marcha el plan (semanas, meses, entre otros).
 - b) El sujeto del objetivo es la persona o una parte de ella misma. Los objetivos se diseñan a partir de los problemas identificados.
2. El registro de los objetivos se anota usando términos mensurables (son verbos que describen exactamente lo que se espera ver u oír cuando haya alcanzado el objetivo), identificar, describir, hacer, relatar, explicar, hacer un listado, comentar, argumentar, demostrar, compartir, expresar, perder, aumentar.
3. Los verbos que se deben evitar por ser no mensurables son: saber, comprender, apreciar, pensar, aceptar, sentir.
4. Verificar que los objetivos y los indicadores sean medibles

Los objetivos contienen:

Sujeto: ¿Quién es la persona que se espera logre el objetivo?

Verbo: ¿Qué acciones debe hacer la persona para demostrar que ha logrado el objetivo?

Condición: ¿Bajo qué circunstancia tiene que realizar la persona las acciones?

Actualmente se trabajó con resultados esperados para ello se utiliza la taxonomía (NOC)
Se utiliza para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de las intervenciones de enfermería

Determinar los cuidados de enfermería y/o establecimiento de intervenciones (NIC)

Cuidados, intervenciones, estrategias o acciones de enfermería se seleccionan después de haber establecido los objetivos y los resultados esperados.



Las intervenciones las clasifican en independientes y de colaboración. Las independientes son todas aquellas acciones que son competencia exclusiva del profesional de enfermería

Documentar el plan de cuidados

Se procede a conformar el plan de cuidados, el cual integra tanto el diagnóstico, objetivos, resultados esperados, actividades o estrategias y evaluación específica de enfermería.

1. Al ser escrito documenta las necesidades de cuidados del individuo, comunica a las otras enfermeras y profesionales los datos de valoración pertinentes, una lista de problemas y tratamientos. Un plan de cuidados escrito está diseñado para disminuir el riesgo de que produzca un cuidado incompleto, incorrecto o inexacto.
2. Está organizado de manera que cualquier enfermera puede identificar rápidamente las enfermeras que se deben llevar a cabo.
3. Identifica y coordina los recursos utilizados para proporcionar cuidados enfermeros.
4. Favorece la continuidad de cuidados por medio de listas de acciones necesarias para alcanzar los objetivos del cuidado.
5. Establece la intervención de la persona y la familia.
6. Proporciona criterios para la puesta en práctica del plan y un entorno de evaluación de la respuesta del individuo, familia y comunidad a las acciones enfermeras

➤ **EJECUCIÓN.**

Se inicia generalmente tan pronto se tiene elaborado el plan, es decir, muy pronto después de la administración y de la preparación de la valoración seguida del diagnóstico. A los profesionales de Enfermería se les identifica más que todo por lo que hacen, más que por los problemas que tratan.

En la etapa de ejecución tan importante como las demás, el profesional de enfermería entra en contacto directo con el paciente no solo para aplicar el plan sino para valorar y evaluar el estado del usuario y ajustar el plan.²⁰

Preparación Asegurarse de que sabe qué va a hacer, por qué va a hacerlo, cómo lo hará y cómo



reducirá los riesgos de lesiones, La fase de preparación requiere de: conocimientos y habilidades

Intervención Es la implementación del plan de cuidados, y también describe una categoría de conductas enfermeras en las que se ha iniciado y completado las acciones necesarias para conseguir los objetivos y los resultados esperado.

Kozier, Sugiere que el profesional de enfermería considere las siguientes estrategias:

1. La enfermera debe estar actualizada de los fundamentos teóricos, metodológicos y técnicos
Las acciones de enfermería están adaptadas al individuo, es fundamental considerarlas creencias de la persona, sus valores, edad, estado de salud y entorno, factores que pueden afectar a la acción de enfermería.
2. Las acciones de enfermería deben ser siempre seguras. Las enfermeras y las personas necesitan tomar precauciones para prevenir la lesión.
3. Las acciones de enfermería a menudo requieren componentes de educación, apoyo y bienestar.
4. Las acciones de enfermería deben ser siempre holísticas.
5. Las acciones de enfermería deben respetar la dignidad del paciente y favorecer su autoestima, a través de darle intimidad y fomentar que tome sus propias decisiones.
6. La participación del individuo en la ejecución de las acciones de enfermería debe Fomentarse según lo permita su salud.

Documentación Es el registro que realiza la enfermera en las notas de enfermería, documento legal

- a) Comunicar los cuidados a otros profesionales de la salud que tienen necesidad de saber qué es lo que ha hecho y cómo está evolucionado el usuario.
- b) Ayudar a identificar patrones de respuesta y cambios en la situación.
- c) Proporcionar una base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados.
- d) Crear un documento legal que más tarde pueda usarse en los tribunales para evaluar el tipo de cuidados brindados. Sus registros pueden ser su mejor aliado o su peor enemigo. La mejor defensa de que realmente se observó o hizo algo es el hecho de tomarnota de ello.
- e) Proporciona validación para el pago de los servicios.
- f) El registro debe especificar: fecha y hora, datos de valoración, intervenciones de enfermería,



resultados y nombre/firma del profesional de enfermería responsable directo del cuidado de la persona, familia o comunidad.

EVALUACIÓN

Núcleo del Proceso de Enfermería que ella llama modelo de Juicio-Acción. Para esta autora la evaluación tiene un significado de decisiones para asignar valores a la información con el fin de pesar, discriminar, cuantificar y califica²¹

Establecimiento de criterios de resultados Se expresan en términos de conducta para describir los efectos deseados de las acciones de enfermería.

Evaluación del logro de objetivos La enfermera evalúa los objetivos tras comparar los datos de la evaluación con los resultados esperados,

Medidas y fuentes de evaluación Mientras el propósito de la valoración es identificar si existe algún problema, la intención de la evaluación trata de determinar si los problemas conocidos han mejorado, empeorado o experimentado algún tipo de cambio (Potter y Perry, 2002).

Por último, si el paciente ha logrado todos los objetivos establecidos y no se han identificado nuevos problemas, es que se ha logrado el propósito de los cuidados de enfermería.

4.5. ADULTO MAYOR

En este trabajo de investigación se valora a paciente femenina en edad adulta mayor que ingresa al servicio de urgencias por presentar dificultad respiratoria donde se decide apoyo ventilatorio inmediatamente para ayudar a mejorar lasaturación de oxígeno, se decide su pase al servicio de terapia intensiva en donde la paciente se diagnosticó medico de shock séptico, en donde se recibe en un estado crítico ,en donde la paciente tiene un estado civil divorciada ,la paciente vive sola y sus hijos cada 15 días refieren visitarla ,sus hijos son quienes se hacen cargo de los gastos económicos de la paciente tanto en hospitalarios y básicos, cuentan con gastos médicos por lo cual la paciente dura aproximadamente un mes en el servicio de terapia y recibe el tratamiento adecuado durante su estancia hospitalaria, además su salud se ve comprometida



no solo por el diagnóstico sino además por ingresar al hospital con lesión grado II en sacro su rutina no suele ser la misma ya que por la edad se observa piel con fragilidad capilar y resequedad en la piel ya que no puede realizar ciertas actividades cotidianas a las que estaba acostumbrada a realizar con frecuencia ,psicológicamente está preocupada por su estado de salud y por los cuidados que necesitara en casa ya que necesitara de cuidados especiales y dietas que continuar.

4.6 SHOCK SÉPTICO

Definición: Es un estado de hipoperfusión tisular grave desencadenado por la respuesta inflamatoria sistémica de origen infeccioso. La conferencia consenso en 1992 definió el shock séptico como el estado de hipotensión inducido por la sepsis, a pesar de un adecuado aporte de líquidos, junto con alteraciones en la perfusión tisular²²

Etiología: De los múltiples agentes patógenos, se sabe que las bacterias son los microorganismos principalmente implicados en la aparición de la sepsis grave. Entreéstas, la primera causa actualmente identificada son las bacterias gram-positivas, a diferencia de los registros de hace más de 10 años, en los que predominaban las bacterias gramnegativas. Los microorganismos grampositivos aislados más frecuentemente son *S. aureus* y *S. pneumoniae* y los gramnegativos más comunes son *E. coli*, *Klebsiella spp* y *Pseudomonas aeruginosa*.²³

Epidemiología: En Estados Unidos se tiene registro de que 2% de los pacientes hospitalizados anualmente (más de 750,000 pacientes-año) sufren sepsis grave, y se tiene previsto **que esta cifra aumente alrededor de 1.5% anual**.²⁴

Factores de Riesgos

- Diabetes
- Enfermedades del aparato genitourinario, el aparato biliar o el aparato digestivo
- Enfermedades que debilitan el sistema inmunitario, como el SIDA
- Sondas permanentes (aquellas que se mantienen en su lugar por períodos extensos, especialmente vías intravenosas y sondas vesicales, al igual que stents de metal o de plástico usadas para el drenaje)
- Leucemia
- Uso prolongado de antibióticos



- Linfoma
- Infección reciente
- Cirugía o procedimiento médico reciente
- Uso reciente de esteroides
- Trasplante de órgano sólido o médula ósea.²⁶

Fisiopatología: La sepsis es la culminación de una interacción compleja entre el microorganismo y la respuesta inmune, inflamatoria y de coagulación del huésped, tanto las respuestas del huésped como las características del microorganismo influyen en el resultado de la sepsis. La sepsis con fallo multiorgánico ocurre principalmente cuando la respuesta del huésped a la infección es inadecuada.

La sepsis desencadena una respuesta inflamatoria que, directa e indirectamente, causa una lesión tisular diseminada. Las bacterias, virus y hongos tienen moléculas en su pared celular que son reconocidas por receptores que se encuentran en la superficie de las células inmunes: receptores toll-like (TLRs).¹¹

La unión a estos receptores desencadena la activación del factor nuclear kappa-B (NFkB1) que aumenta la transcripción de citoquinas como el factor de necrosis tumoral α (TNF- α), interleuquina -1 β e interleuquina-10 (12), TNF- α y la interleuquina-1 β son citoquinas proinflamatorias que activan la respuesta inmune, pero también pueden producir daño, tanto directo como indirecto. La sepsis aumenta la síntesis de óxido nítrico (NO), un vasodilatador potente.

Las citoquinas activan las células endoteliales por medio de receptores de adhesión y lesionan estas células haciendo que neutrófilos, monocitos, macrófagos y plaquetas se adhieran a ellas. Estas células liberan mediadores como proteasas, oxidantes, prostaglandinas y leucotrienos que conducen al daño endotelial, aumentando la permeabilidad, generando vasodilatación y alteración del equilibrio procoagulante-anticoagulante. Las citoquinas también activan la cascada de la coagulación.¹³ La activación de la cascada de la coagulación, y sobre todo de los factores Va y VIIIa, conduce a la formación de trombina, que convierte fibrinógeno en fibrina. La fibrina se adhiere a las plaquetas formando trombos en la microvasculatura. Los trombos aumentan la injuria por liberación de mediadores y por la obstrucción microvascular, que causa isquemia distal e hipoxia tisular.



Las consecuencias clínicas de esto son la presencia de coagulación intravascular diseminada y fallo multiorgánico.^{14,15} La resolución de la inflamación tras la infección grave no es solo un proceso pasivo de debilitamiento de las vías inflamatorias, sino que incluye un conjunto coordinado de procesos celulares y un nuevo reconocimiento de señales moleculares. Una vez eliminados los microorganismos del huésped, se deben eliminar las células dañadas y los leucocitos infiltrantes, función llevada a cabo por los macrófagos, una vez que las células sufren apoptosis.

Cuadro Clínico: Las manifestaciones clínicas de las infecciones potencialmente mortales son diversas; pueden ser sutiles o manifestaciones localizadas o sistémicas. Conocer los signos y síntomas asociados con infecciones específicas permite reconocerlos de forma temprana e iniciar sin demora el tratamiento antibiótico empírico y de sostén.

- Fiebre-hipotermia: Está presente en el 60% de los casos, pero puede estar ausente si el paciente recibe antiinflamatorios, La hipotermia no es común, pero es un signo de mal pronóstico, asociándose a tasas de mortalidad elevada (60%).
- Hipotensión-taquicardia: Es una mala distribución del flujo sanguíneo y una hipovolemia debido a la extravasación capilar difusa. Puede ser una hipotensión absoluta (presión arterial sistólica menor de 90 mmHg) la taquicardia un signo principal: puede estar ausente si el paciente tiene trastornos de la conducción cardiaca.
- Oliguria o anuria: Es consecuencia en parte de la derivación del flujo sanguíneo renal a otros órganos vitales y la depleción de volumen intravascular
- Palidez-frialdad cutánea: Son una manifestación de los mecanismos de vasoconstricción que intentan compensar la disminución de la perfusión tisular y la reorientación del flujo sanguíneo de la periferia a los órganos vitales.
- Alteración del nivel de conciencia: varían desde un estado de agitación, confusión, delirio, obnubilación, hasta el coma²⁷

Tratamiento Farmacológico: La reanimación inicial debe ser intensa en las primeras 24 horas con líquidos, para mantener una presión arterial media y un flujo cardiaco razonables, se recomienda iniciar con soluciones cristaloides ≥ 1000 ml, o coloides 300 a 500 ml, en un lapso de 30 min y ajustar de acuerdo con las metas hemodinámicas. En caso de existir falla cardiaca habrá que disminuir la velocidad de administración. Una vez estabilizado el paciente, el manejo



de líquidos en los pacientes con Daño pulmonar agudo (DPA)/Síndrome de insuficiencia respiratoria del adulto (SDRA), debe ser conservador si no hay datos de hipoperfusión.

Una vez resuelta la hipoperfusión cuando no exista isquemia miocárdica, hipoxemia grave, hemorragia aguda, enfermedad cardíaca cianótica o acidosis láctica, se recomienda la transfusión de concentrados eritrocitarios cuando la hemoglobina se encuentre por debajo de 7.0 g/dL, el objetivo es mantenerla entre 7 y 9 g/dL. NO se debe utilizar eritropoyetina para el tratamiento de la anemia asociada a sepsis grave o choque séptico.²⁸

Diagnóstico Diferencial

- **Otras causas de SRIS:** pancreatitis aguda grave, politraumatismos, grandes quemados, enfermedades sistémicas en fase aguda (vasculitis, síndrome antifosfolípido primario o enfermedades autoinmunes); postoperatorio de cirugía cardíaca con circulación extracorpórea, necrosis tisulares extensas o lesiones inmunológicas.
- **Otras situaciones de shock como** el carcinogénico o el hipovolémico.
- **Endocrinopatías** (insuficiencia suprarrenal primaria y secundaria).}
- **Misceláneas:** aneurisma roto, anafilaxia, intoxicación, mastocitosis sistémica, déficit de tiamina o la administración de vasodilatadores.²⁵

Complicaciones: Wiggers, un filósofo renombrado especialista en circulación afirmo que el shock no solo detiene la máquina, sino que además arruina el sistema. El shock grave destruye muchos sistemas del organismo. Las cinco complicaciones principales son el pulmón de shock, la insuficiencia renal aguda, la úlcera gastrointestinal, la coagulación intravascular diseminada y el síndrome de disfunción multiorgánica. Las complicaciones son graves y a menudo fatales.

V. APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERÍA

5.1 PRESENTACIÓN DEL CASO

Ingresa la paciente al servicio de urgencias el día 03-noviembre- 2022 por presentar los siguientes signos vitales hipotensión 61/44 mm/hg taquicardia 123 latidos por minuto, taquipnea 42 respiraciones por minuto febrícula de 37.6 grados centígrados saturación de oxígeno 60% glucosa 180 mm/hg ,escala de Glasgow 7 llega en una ambulancia particular acompañada por familiares y refieren que la paciente ingerido un frasco de benzodicepinas y de alcohol ,por lo



que se activa equipo de respuesta rápida se inicia entubación oro traqueal de forma inmediata se entuba con tubo 7.5cm que se fija en el número 23 de la comisura labial se coloca acceso yugular izquierdo iniciando sedación continua con propofol, fentanilo y precedex, se inicia apoyo de vasopresor con norepinefrina y vasopresina para mantener una presión arterial media PAM entre 70-80 mm hg se coloca línea arterial en miembro pélvico izquierdo para la monitorización continua de T/A se observa abdomen globoso se coloca sonda Foley para ayudar a la eliminación por indicación médica se ingresa al servicio de terapia intensiva el día 03-11-2022 a las 20:00 horas se recibe con los siguientes signos vitales/A 100/60 mm hg, frecuencia cardiaca de 99 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 25 respiraciones por minuto, temperatura de 37.5 grados centígrados, se realiza cambio inmediatamente a su ingreso para valorar piel y se observa lesión grado II en sacro se toman medidas preventivas se coloca colchón presiones alternas y se coloca parche allevyn, se levanta reporte en el sistema.

Ficha de identificación

Nombre de la paciente Y.S.D

Fecha de nacimiento: 26-03-1449

Edad: 70 años

Peso: 50 kg Talla: 155cm

Religión: católica

Ocupación: Hogar

Estado civil: Divorciada

Alergias: Negadas

Exploración física (céfalo - caudal)

Recibo al paciente femenina de 70 años de edad procedente del servicio de urgencias con diagnóstico de shock séptico con apoyo de oxígeno a través de tubo oro traqueal con fio_2 40% peep 7, saturando por arriba del 92 %, taquicardia de 120 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 26 respiraciones por minuto fiebre de 38.3 grados centígrados, con hipotensión de 90/40 milímetros de mercurio, con escala de RASS -4 con monitorización continua con bis de 34 observándose pupilas isocóricas hiporreflexicas, sonda nasogástrica funcional para alimentación continua con suportes 2 veces al día y para medicamentos, catéter yugular izquierdo funcional bajo sedación continua con apoyo de vasopresor para mantener presión



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



arterial media PAM entre 60-65 milímetros de mercurio, campos pulmonares con ritmos cardiacos adecuados con movimientos de amplexion miembros superiores con edema de xx ,abdomen blando a la depresión con peristalisis normal ,línea arterial en miembro inferior izquierdo funcional para la monitorización continua de la TA y tomas de gasometrías arteriales ,se observa genitales corresponde al sexo con edema generalizado se observa sonda Foley a derivación funcional con bajo volumen urinario se apoya con diurético, miembros pélvicos íntegros con edema xx ,a la hora de realizar cambo de ropa se observa lesión grado II en zona de sacro se inician intervenciones de enfermería para el .- mejoramiento de la misma se coloca colchón depresiones alternas medias ted y sistema de compleción neumática se reporta al servicio clínica de heridas para el seguimiento.



5.2. VALORACIÓN INICIAL Y CONTINUA (IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES)

VALORACIÓN CON EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON									
NOMBRE: Y. S. D.			FECHA: 03/11/2022				HORA:		
DIAGNÓSTICO MÉDICO: Shock séptico			TIPO DE VALORACIÓN: Marque con (X)				GENERALIZADA: X		FOCALIZADA:
NECESIDADES	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	GRADO DE AFECTACIÓN:			CAUSA			ANTECEDENTES
			D= Dependencia	PD= Parcialmente dependiente	I= Independiente	F= Falta de Fuerza	V= Falta de Voluntad	C= Falta de Conocimiento	
OXIGENACIÓN	FC.123lxm FR. 42 rxm T/A 61/44mm/Hg PAM. 70-80mm/Hg Saturación 60% Intubación (Tubo 7.5 cm. Apoyo ventilatorio con FiO ₂ 40% PEEP 7 Con secreciones, abundantes espesas y verdosas		D X	I	PD	F X	V	C	Fumadora positiva a razón de 30 cigarrillos al día desde hace 20 años
NUTRICIÓN HIDRATACIÓN	E Peso 50 kg. Talla:155 cms. Glicemia capilar 180 mg/dl SNG para alimentación continua con soporte 2 veces al día, abdomen blando, depreciable con peristalsis normal	Alimentación no adecuada en cantidad y calidad sin restricciones Alcoholismo positivo	D X	I	PD	F X	V	C	



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12**



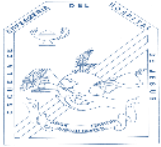
ELIMINACIÓN	Diuresis 50 ml. Por hora, se apoya con diurético para lograr aumentar el volumen urinario. Sonda Foley por bajo volumen urinario forzado con diurético		D	I	PD	F	V	C	
					X	X			
MOVERSE Y MANTENER UN A POSTURA	Paciente encamado, con sedación con cambios de posición.		D	I	PD	F	V	C	
			X			X			
DESCANSO y SUEÑO	Glasgow 7-15 Sedación continua		D	I	PD	F	V	C	
					X	X			
VESTIRSE	Paciente se encuentra bajo sedación continua con ropa hospitalaria.		D	I	PD	F	V	C	
				X					
TERMORREGU LACIÓN	Temperatura 37.6°C, 38.4°C		D	I	PD	F	V	C	
			X			X			
HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	Dientes blancos completos y con aseo bucal. Catéter yugular. Lesión en sacro, grado II. Edema en miembros inferiores de ++.		D	I	PD	F	V	C	
			X			X			
EVITAR PELIGROS	Intubación Línea arterial en miembro superior izquierdo Sonda Foley Activado protocolo circulo azul para evitar decaídas Aislamiento por clostridium		D	I	PD	F	V	C	
					X	X			
COMUNICACIÓN	Paciente sedado y con apoyo ventilatorio		D	I	PD	F	V	C	
				X					



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



VALORES Y CREENCIAS		Católica	D	I	PD	F	V	C	
				X					
TRABAJAR Y REALIZARS		Se dedica al hogar. En su vida normal le gustaba leer en sus tiempos libres, así como realizar manualidades	D	I X	PD	F	V	C	
PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS		Refieren familiares que le gusta realizar manualidades en casa con forma de distracción.	D	I X	PD	F	V	C	
APRENDIZAJE		Familiares refieren que le gusta leer mucho en sus ratos libres	D	I X	PD	F	V	C	

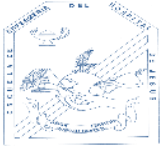


ANÁLISIS DE VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON											
No.	NECESIDAD	SATISFECHA	INSATISFECHA		FUENTE DE DIFICULTAD			ROL DE ENFERMERÍA			
			Reales	Potenciales	Voluntad	Fuerza	Conocimiento	Sustituta	Auxiliar	Compañera	
1.-	OXIGENACIÓN		X			X			X		
2.-	NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN		X	X		X			X		
3.-	ELIMINACIÓN		X	X		X			X		
4.-	MOVERSE Y MANTENER UN A POSTURA			X		X			X		
5.-	DESCANSO y SUEÑO		X			X	X				
6.-	VESTIRSE	X									
7.-	TERMORREGULACIÓN		X			X	X				
8.-	HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL		X			X	X				
9.-	EVITAR PELIGROS			X		X	X				
10.-	COMUNICACIÓN	X									
11.-	VALORES Y CREENCIAS	X									
12.-	TRABAJAR Y REALIZARSE	X									
13.-	PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	X									
14.-	APRENDIZAJE	X									



5.3. PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES Y RAZONAMIENTO DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS.

PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES						
NECESIDAD	PROBLEMAS	CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN				
		Fisiológica	Seguridad	Sociales	Estima	Autorealización
OXIGENACIÓN	FC.123lxm, FR. 42 rxm, T/A 61/44 mm/Hg, PAM. 70-80 mm/Hg Saturación 60%. Intubación (Tubo 7.5 cm), Apoyo ventilatorio con FiO ₂ 40%, PEEP 7 Con secreciones, abundantes espesas y verdosas	x				
NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	Peso 50 kg, Talla: 155 cms IMC 20.8, Glicemia capilar 180 mg/dl SNG para alimentación continua con suportan 2 veces al día, abdomen blando, depreciable con perístalsis normal	x				
ELIMINACIÓN	Diuresis 50 ml. Por hora, se apoya con diurético para lograr aumentar el volumen urinario. Sonda Foley por bajo volumen urinario forzado con diurético	x				
MOVERSE Y MANTENER UN A POSTURA	Paciente encamado, con sedación concambios de posición	x				
DESCANSO y SUEÑO	Glasgow 7-15 Sedación continua	x				
TERMORREGULACIÓN	Temperatura 37.6°C a 38.4°C	x				
HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LAPIEL	Dientes blancos completos y con aseo bucal, Catéter yugular, Lesión en sacro, grado II, Edema en miembros superiores e inferiores de ++	x				
EVITAR PELIGROS	Intubación, Línea arterial en miembro superior izquierdo, Sonda Foley, Activado protocolo circulo azul para evitar de caída, Aislamiento por clostridium		x			



ESQUEMA RAZONAMIENTO DIAGNOSTICO				
DATOS RELEVANTES	AGRUPACIÓN DE DATOS	DEDUCCIÓN	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	PROBLEMA INTERDEPENDIENTE
Oxigenación	secreciones, abundantes espesas y verdosas	Tabaquismo Mucosidad excesiva y retención de secreciones	Limpieza ineficaz de vías aéreas	
	Saturación 60% Intubación (Tubo 7.5 cm) Apoyo ventilatorio con FiO ₂ 40% PEEP 7	Desequilibrio en la ventilación -perfusión	Deterioro del intercambio de gases	
	FC.123lxm FR. 42 rxm T/A 61/44mm/Hg PAM. 70-80mm/Hg	Alteración de la frecuencia cardiaca, alteración de la precarga y poscarga	Disminución del gasto cardiaco	
Termorregulación	Temperatura 37.6°C a 38.4°C T/A 61/44mm/Hg FC.123lxm	Sepsis	Hipertermia	



5.4. PLAN DE INTERVENCIONES

DIAGNOSTICO ENFERMERO	RESULTADO ESPERADO			
Dominio: 11. Seguridad/Protección Clase: 2. Lesión Física Código: 00031	Resultado: Estado respiratorio Dominio: 2. Salud fisiológica Clase: E. Cardiopulmonar Código: 0410	Escala de medición 1.- Desviación grave del rango normal 2.- Desviación sustancial del rango normal 3.- Desviación moderada del rango normal 4.- Desviación leve del rango normal 5.- Sin desviación del rango normal		
Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con retención de secreciones espesas y verdosas evidenciado por ritmo respiratorio alterado	Código del Indicador	Indicador	Puntuación Diana Mantener Aumentar	
	041501	Frecuencia respiratoria	1	3
	041502	Ritmo Respiratorio	2	4
	041508	Saturación de oxígeno	1	3
	041530	Fiebre	1	3



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
 INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 CLAVE 3295 -12



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA			
Intervención: Aspiración de secreciones	Código: 3160	Dominio: 2 Fisiológico complejo	Clase: K Control respiratorio
ACTIVIDADES		FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilizar equipo desechable estéril para cada proceso de aspirar. 2. Observar el estado de oxígeno del paciente, estado hemodinámico, nivel de la presión arterial media y ritmo cardiaco. 3. Anotar el tipo y cantidad de secreciones. 4. Enviar las secreciones para test de cultivo. 5. Realizar lavado de manos. 6. Informar al paciente o a la familia sobre la aspiración. 7. Proporcionar sedación según corresponda. 8. Hiperoxigenar al 100% durante al menos 30 segundos. 9. Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal 10. Utilizar aspiración de sistema cerrado, según este indicado 		<p>Las acciones para reducir la acumulación de secreciones en pacientes con tubo endotraqueal es de suma importancia para poder ayudar al sistema respiratorio a tener las vías permeables , pero sobre todo que el personal de enfermería realice los procedimientos de una forma efectiva y así evitar a reducir un riesgo de infección y reducir alguna complicación y reducir la estancia hospitaliza en los pacientes</p>	

EVALUACIÓN
<p>Se logra cumplir el objetivo de disminuir la acumulación de secreciones en la paciente durante su estancia hospitalaria y se retira la ventilación mecánica durante un corto plazo se educa a la paciente y al cuidador primario la importancia de recibir las terapias físicas para poder expulsar las flemas de una forma más eficiente.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
<p>Bulechek,GM, Butcher, HK M-DJ (2009) CDI de E (NIC) 5ta ed. ME. Clasificación De Intervenciones de Enfermería [Internet]. 2020. p. 1–491. Available from: file:///C:/Users/pisto/Downloads/NIC.pdf · version 1.pdf</p>

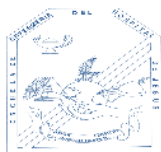


**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
 INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 CLAVE 3295 -12**



PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO ENFERMERO	RESULTADO ESPERADO			
Dominio: 3. Eliminación/Intercambio <hr/> Clase: 4. Función respiratoria Código: 00030 <hr/> Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio de la ventilación – perfusión evidenciado por disminución del dióxido de carbono, gasometría anormal y taquicardia	Resultado: Estado respiratorio: Intercambio gaseoso <hr/> Dominio: 2. Salud Fisiológica Clase: E. Cardiovascular Código: 0402 <hr/> Código del Indicador	Escala de medición 1.- Desviación grave del rango normal 2.- Desviación sustancial del rango normal 3.- Desviación moderada del rango normal 4.- Desviación leve del rango normal 5.- Sin desviación del rango normal	Puntuación Diana Mantener Aumentar	
	040210	PH arterial	2	4
	040211	Saturación de oxígeno	1	4
	040209	Presión parcial del dióxido de carbono en la sangre	1	3
	040213	Hallazgos en radiografía de tórax	1	3



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	
Intervención : Monitorización acido-base	Código: 1920 Dominio: 2. Fisiológico complejo Clase: 5. Control de electrolitos
ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<ol style="list-style-type: none">1. Tomar muestras de sangre arterial2. Observar el nivel del ph se encuentra en la parte alcalina o acida del medidor3. Observar si el nivel de PaCO2 presión del dióxido de carbono arterial muestra acidosis respiratoria o alcalosis respiratoria o es normal4. Tomar la temperatura del paciente y el porcentaje de oxígeno administrado al momento de la extracción de la muestra de sangre5. Sedar al paciente para reducir la hiperventilación, si es necesario.	El intercambio de gases se refiere al flujo de oxígeno de los pulmones a la circulación sanguínea y la eliminación de dióxido de carbono de la sangre a los pulmones. Por ello la importancia de identificar a los pacientes con problemas respiratorios ayuda al personal de enfermería a realizar diagnósticos y tratar las causas que hacen causar alteraciones que repercuten el sistema respiratorio.

EVALUACIÓN
Se logran mejorar los valores de las gasometrías arteriales que se le toman constantemente la paciente durante los turnos continuos y es ahí donde se decide quitar el apoyo ventilatorio y explicarle a la paciente la importancia de colocar otro tipo de oxígeno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
Bulechek,GM, Butcher, HK M-DJ (2009) CDI de E (NIC) 5ta ed. ME. Clasificación De Intervenciones de Enfermería [Internet]. 2020. p. 1–491. Available from: file:///C:/Users/pisto/Downloads/NIC.pdf · versión 1.pdf



PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO ENFERMERO	RESULTADO ESPERADO		
Dominio: 4 Actividad/reposo Clase: 4 Respuestas cardiovasculares//pulmonares Código: 00029	Resultado: Estado cardiopulmonar Dominio: 2 Salud fisiológica Clase: E Cardiopulmonar Código: 0414	Escala de medición 1.- Desviación grave del rango normal 2.- Desviación sustancial del rango normal 3.- Desviación moderada del rango normal 4.- Desviación leve del rango normal 5.- Sin desviación del rango normal	
Disminución del gasto cardíaco relacionado con alteración de la frecuencia cardíaca, alteración de la precarga y poscarga evidenciado por alteración de la frecuencia y ritmo cardíaco, taquicardia, edema, y alteración de la presión arterial y oliguria	Código del Indicador	Indicador	Puntuación Diana
			Mantener Aumentar
	041401	Presión arterial sistólica	1 4
	041402	Presión arterial diastólica	1 4
	041405	Ritmo cardíaco	1 3
	041406	Frecuencia respiratoria	1 3
041407	Ritmo respiratorio	1 4	
041410	Eliminación urinaria	2 4	



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Intervención : **Cuidados cardiacos** Código: **4040** Dominio: **2 fisiológico** Clase: **N control de perfusión tisular**
.Complejo

ACTIVIDADES

1. Monitorizar al paciente desde los puntos de vista físicos y psicológicos según las normas del centro
2. Monitorizar los signos vitales con frecuencia
3. Monitorizar el estado cardiovascular
4. Monitorización de arritmias cardiacas
5. Observar los signos y síntomas de disminución del gasto cardiaco
6. Evaluar las alteraciones dela presión arterial
7. Monitorizar el equilibrio hídrico (entradas/ salidas y peso diario)

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

La disminución del gasto cardiaco es un problema de salud más prevalente en pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos es por ello que el personal de enfermería debe monitorizar termodinámicamente al paciente, brindar cuidados cardiacos, monitorizar los signos vitales, administración de medicamentos, ya que los pacientes con disminución del gasto cardiaco conducen de forma súbita un aumento en el volumen intravascular y, por consiguiente, edema pulmonar.

EVALUACIÓN

Se logra cumplir con el objetivo mejorando el estado de salud de la paciente que se encontraba gravemente comprometido, se logra dar de alta a casa con cuidados especiales a seguir en casa y se le explican signos de alarma al cuidador primario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bulechek,GM, Butcher, HK M-DJ (2009) CDI de E (NIC) 5ta ed. ME. Clasificación De Intervenciones de Enfermería [Internet]. 2020. p. 1–491. Available from: file:///C:/Users/pisto/Downloads/NIC.pdf · versión 1.pdf



PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO ENFERMERO	RESULTADO ESPERADO		
Dominio: 11 Seguridad/ Protección	Resultado: Termorregulación	Escala de medición	
Clase: 6 Termorregulación	Dominio: 2 Salud fisiológica	1.- Gravemente comprometido	
Código: 00007	Clase: I Regulación metabólica	2.- Sustancialmente comprometido	
Hipertermia relacionada con sepsis manifestado por hipotensión, piel caliente al tacto, taquicardia y taquipnea	Código: 0800	3.- Moderadamente comprometido	
	Código del Indicador	Indicador	4.- Levemente comprometido
			5.- No comprometido
			Puntuación Diana Mantener Aumentar
	080001	Temperatura cutánea aumentada	1
080007	Cambios de coloración cutáneas	2	3
080019	Hipertermia	1	4



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	
Intervención : Regulación de la temperatura Código: 3900 Dominio: 2 Fisiológico Clase: M Termorregulación complejo	
ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tomar la temperatura lo más frecuentemente que sea oportuno 2. Establecer un dispositivo de monitorización de temperatura continua 3. Observar el color de la piel 4. Controlar ingresos y egresos 5. Administrar medicación antipirética 6. Administrar un baño tibio de esponja 7. Aplicar bolsas de hielo en inguinal y axila 8. Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente. 9. Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia 	<p>La temperatura corporal es una medida del organismo de general o eliminar calor y así poder lograr una temperatura dentro de los parámetros establecidos ya que si el personal de enfermería logra identificar de forma oportuna una manifestación clínica podrá básicamente realizar intervenciones encaminadas a la mejoría de la misma y obtener un buen resultado en la mejoría en los pacientes.</p>

EVALUACIÓN
<p>La paciente ingresa al servicio de terapia intensiva con hipertermia que durante algunos días de su ingreso no se logra mantener dentro del rango deseado a pesar de medicamentos administrados y medios físicos se logra identificar a través de cultivos la causa de la fiebre mejorando después de unos días más durante su estancia</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
<p>Bulechek,GM, Butcher, HK M-DJ (2009) CDI de E (NIC) 5ta ed. ME. Clasificación De Intervenciones de Enfermería [Internet]. 2020. p. 1–491. Available from: file:///C:/Users/pisto/Downloads/NIC.pdf · versión 1.pdf</p>



PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO ENFERMERO	RESULTADO ESPERADO			
Dominio: 3 Eliminación e Intercambio	Resultado: Eliminación urinaria	Escala de medición		
Clase: 1 Función urinaria	Dominio: 2 salud fisiológica	1.-	Gravemente comprometido	
Código: 00016	Clase: F Eliminación	2.-	Sustancialmente comprometido	
	Código: 0503	3.-	Moderadamente comprometido	
		4.-	Levemente comprometido	
		5.-	No comprometido	
Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con multicausalidad evidenciado por retención urinaria	Código del Indicador	Indicador	Puntuación Diana	
			Mantener	Aumentar
	050301	Patrón de eliminación	2	4
	050303	Cantidad de orina	1	3
	050307	Ingesta de líquidos	1	4
	050302	Olor de la orina	2	4
	050304	Color de la orina	2	4



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	
Intervención : Manejo de la eliminación urinaria Código: 0590 Dominio: 1 fisiológico: Básico Clase: B Control de la eliminación	
ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<ol style="list-style-type: none">1. Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen, y color, según corresponda.2. Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria.3. Anotar la hora de la última eliminación	La eliminación urinaria es una necesidad básica fisiológica que poseen los seres humanos y esta es llevada a cabo en el aparato urinario, es muy importante conocer que la orina es el producto de un proceso de filtración de la sangre que se lleva a cabo en los riñones y posteriormente es expulsado a través de la uretra. La orina se almacena en la vejiga hasta ser expulsada y vaciada del cuerpo. A veces la vejiga no se vacía por completo. A esto se le llama retención urinaria.

EVALUACIÓN
Se coloca sonda Foley al ingreso de la paciente a su ingreso para apoyar a la eliminación se notifica al médico el bajo volumen urinario durante el turno y decide dejarle apoyo de diurético logrando aumentar el volumen urinario y al egreso de la paciente se logra retirar la sonda Foley presentando micción espontanea al retiro de la misma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
Bulechek,GM, Butcher, HK M-DJ (2009) CDI de E (NIC) 5ta ed. ME. Clasificación De Intervenciones de Enfermería [Internet]. 2020. p. 1–491. Available from: file:///C:/Users/pisto/Downloads/NIC.pdf · versión 1.pdf



PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO ENFERMERO	RESULTADO ESPERADO			
Dominio: 11 Seguridad/protección Clase: 2 Lesión física Código: 00044	Resultado: Integridad tisular; piel y membranas mucosas Dominio: 2 Salud fisiológica Clase: L integridad tisular Código: 1101	Escala de medición 1.- Gravemente comprometido 2.- Sustancialmente comprometido 3.- Moderadamente comprometido 4.- Levemente comprometido 5.- No comprometido		
Deterioro de la integridad tisular relacionado con Humedad, Edad extrema y deterioro de la movilidad Humedad, Edad extrema y deterioro de la movilidad evidenciado por obstrucción y lesión tisular	Código del Indicador	Indicador	Puntuación Diana Mantener Aumentar	
	110101	Temperatura de la piel	1	3
	110102	Sensibilidad	1	3
	110108	Textura	1	4
	110104	Hidratación	2	3
	11015	Lesiones cutáneas	1	2



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	
Intervención : Cuidados de las úlceras por presión Código: 3520 Dominio: 2 Fisiológico Clase: L. Control de la piel / heridas	
ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<ol style="list-style-type: none">1. Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéuticos adecuados2. Vigilar el estado de oxigenación antes y después de realizar un cambio de posición3. Elevar la parte corporal afectada4. Poner apoyos en las zonas edematosas (almohadas de bajo de los brazos).5. Proporcionar un apoyo adecuado para el cuello6. Movilizar al paciente al menos cada 2 horas, según el programa específico7. Minimizar el roce al cambiar de posición al paciente8. Lubricar la piel por lo menos 3 veces al día9. Mantener la ropa seca y limpia la mayor parte del tiempo	<p>Las úlceras por presión son un problema de salud pública que afecta al paciente, su familia, y al sistema de salud, provocan sufrimiento que afecta su calidad de vida. El tratamiento genera grandes gastos y aumenta la carga de trabajo en el equipo de salud.</p> <p>Las intervenciones de enfermería para plantear el cuidado eficaz, oportuno e individualizado en personas con úlceras por presión se basan en la valoración integral de la persona y así poder implementar actividades en la prevención, diagnóstico y brindarle un tratamiento adecuado.</p>



EVALUACIÓN

La paciente ingresa con lesión grado II en sacro se toman medidas preventivas al ingreso se notifica al personal de clínicas de heridas n donde decide coloca un parche allevyn para el mejoramiento de la misma se realiza curación cada 3 día y cuando médicos de terapia observan mejoramiento en el estado de salud le indican cambios de posición cada 3 horas de acuerdo a la tolerancia del paciente ,se coloca un colchón de presiones alterna se va de alta la paciente ya con la lesión en proceso de cicatrización se brindan recomendaciones seguir en casa a

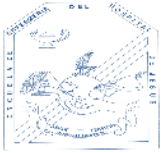
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bulechek,GM, Butcher, HK M-DJ (2009) CDI de E (NIC) 5ta ed. ME. Clasificación De Intervenciones de Enfermería [Internet]. 2020. p. 1–491. Available from: file:///C:/Users/pisto/Downloads/NIC.pdf · versión 1.pdf



5.5. Ejecución

<p>Limpeza ineficaz de las vías aéreas relacionado con retención de secreciones espesas y verdosas evidenciado por ritmo respiratorio alterado</p>	<p>En relación a la intervención de la aspiración de secreciones, el personal de enfermería identifica de forma oportuna cuidados que ayudan a la paciente mejorando la saturación de oxígeno donde a su ingreso llega con una saturación del 60% y se logra el egreso con una saturación por arriba del 95% sin apoyo de oxígeno</p>
<p>Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio de la ventilación- perfusión evidenciado por disminución del dióxido de carbono, gasometría anormal y taquicardia.</p>	<p>.La paciente ingresa con taquicardia de 123 latidos por minuto y a la toma de gasometría arterial los valores se encuentran alterados el personal médico y de enfermería logra un mejoramiento de una forma satisfactoria.</p>
<p>Disminución del gasto cardiaco relacionado con alteración de la frecuencia cardiaca, alteración de la precarga y poscarga evidenciado por alteración de la frecuencia y ritmo cardiaco, , taquicardia, edema, y alteración de la presión arterial y oliguria</p>	<p>Ingresa la paciente con un estado de salud grave y reservado y el personal de salud decide su pase al servicio de terapia intensiva en donde sus signos vitales se encontraban por debajo de los parámetros establecidos se deciden algunas intervenciones de forma oportuna y conforme al pase de los días la presión arterial se logra mantener dentro de los parámetros.</p>



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



Hipertermia relacionada con sepsis manifestado por hipotensión, piel caliente al tacto, taquicardia, taquipnea.	En relación a las intervenciones del personal de enfermería que le brinda a la paciente a su ingreso presenta hipertermia que a pesar de medicamento no se logra regularizar de una forma adecuada sino hasta después de unos días se logra regularizar y se mantiene dentro de los parámetros establecidos.
Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con multicausalidad evidenciado por retención urinaria	Se inicia apoyo de diurético para mejorar la retención de orina ya que el volumen urinario se encuentra con 50 ml por hora ,se coloca sonda Foley y es donde el personal de enfermería identifica y notifica al personal médico, se logra el retiro de la sonda al egreso de la paciente a su domicilio.
Deterioro de la integridad tisular relacionado con Humedad, Edad extrema y	La paciente ingresa al servicio de urgencia con lesión grado II en sacro el personal realiza intervenciones de una forma oportuna y se brindan cambio de posición cada dos horas y se interconsulta al personal de heridas y estomas y deja algunas recomendaciones y se siguen lográndose mejoría en la lesión y se logra disminuir el estadio de la lesión.
Deterioro de la movilidad Humedad, Edad extrema y deterioro de la movilidad evidenciado por obstrucción y lesión tisular	Se levanta un reporte en el sistema y se da implementan intervenciones dándole seguimiento durante su estancia hospitalaria con apoyo de clínica de heridas logrando una gran mejoría en la lesión.



5.6. EVALUACIÓN (NOC)

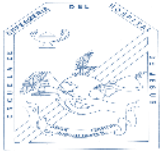
Con respecto al resultado esperado en la Limpieza ineficaz de las vías aéreas implementando un plan de cuidados donde se estableció una puntuación de 1 en donde se considera una desviación gravemente comprometida se logra llegar a un 4 que es levemente comprometido y se logra una mejoría en el sistema respiratorio y así logra disminuir el aporte de oxígeno de una forma satisfactoria.

Respecto a los resultados esperados en el Deterioro del intercambio de gases se implementó un plan de cuidados donde se estableció una escala de medición de 1 que es una desviación gravemente comprometida y se logró llevar a 4 desviación levemente del rango normal donde se observa mejoría en los signos vitales alterados de la paciente y valores normales en las gasometrías arteriales que se tomaban una vez por turno

Respecto a la Disminución del gasto se logró implementar un plan de cuidados en donde al ingreso de la paciente se da una evaluación de un 1 que es una desviación gravemente del rango normal y se logra llevar a un 4 donde se considera una desviación leve del rango normal y así mantener los signos vitales dentro de los parámetros establecidos.

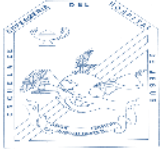
Con respecto al deterioro de la eliminación urinaria se coloca al ingreso una sonda Foley y se realiza un plan de cuidados en donde se evalúa una puntuación de 2 que se considera un sustancialmente comprometido y se logra el objetivo deseado llevándose a 4 que es un levemente comprometido ya que se inició un aporte de diurético de forma continua y así lograr que a la paciente se le retire la sonda Foley y obtener micciones espontáneas para su egreso hospitalario.

Con respecto al Deterioro de la integridad tisular relacionado con humedad se establece un plan de cuidados donde la paciente ingresa con lesión grado II en sacro y se encuentra en una escala de medición 1 que es gravemente comprometido y se logra alcanzar el objetivo deseado lográndose lograr una puntuación 3 un moderadamente comprometido en donde la paciente se va con solo punto de depresión en sacro.



5.7 PLAN DE ALTA

La paciente refiere irse a casa con todos los cuidados a seguir para seguir su recuperación de una forma adecuada, se le brinda información de forma verbal. Se proporciona un folleto con información acerca del shock séptico y algunas recomendaciones para poder prevenir alguna complicación.
URGENTE
Saber identificar los signos y síntomas de una forma oportuna y precoz para así poder buscar ayuda médica
INFORMACION
Se entrega folleto con información acerca del shock séptico
DIETA
En papilla de preferencia que sea en espesor lo mayor posible hasta lograr un mejoramiento de sus terapias de deglución para poder realizar cambios en sus hábitos alimenticios. Se recomienda que los alimentos sean ingeridos sin distracciones y evitar hablar lo menos posible para evitar que bronco aspiré la paciente.
AMBIENTE
RECREACIÓN Y USO DE TIEMPO LIBRE
Continúe realizando sus manuales de una forma tranquila y que en sus tiempos libres lea como lo así antes de ingresar y ser hospitalizada.
MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS NO FARMACOLOGICOS
Se va a casa solo con medicamento que sea por razón necesaria al menos de que llegue a referir dolor en espalda se recomienda a familiares se den los medicamentos triturados en papilla
ESPIRITUALIDAD

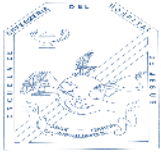


VI. CONCLUSIONES

La Enfermería es una profesión de vocación, cuyo enfoque se basa en el cuidado del paciente enfermo ofreciendo un trabajo de eficiencia, seguridad y calidad; todos los cuidados que se imparten deben tener una evidencia científica. Es por ello que en este proyecto de investigación podemos concluir que la sepsis es una disfunción multiorgánica secundaria a un proceso infeccioso, con una alta incidencia y mortalidad que progresa al estado de choque séptico.

Se debe realizar una identificación oportuna de los pacientes con sepsis por medio del puntaje de la escala SOFA, tomar cultivos, buscar focos de infección e iniciar de manera rápida y apropiada el tratamiento antibiótico empírico con el fin de poder controlar la infección y evitar desenlaces fatales; además, en los pacientes con inestabilidad hemodinámica se deberá iniciar un manejo de reanimación integral guiado por metas con líquidos endovenosos, monitorizando por diversos métodos la respuesta al aporte de estos líquidos para evitar sobrecarga de volumen, soporte vasopresor y, en caso de requerirlo, soporte ventilatorio invasivo.²⁹

Es por ello que el personal de enfermería deberá tener claridad en los procesos y diagnósticos de tratamiento a implementar en un paciente con shock séptico para poder impactar de una forma segura la sobrevivencia de los pacientes en una terapia intensiva.



VII. GLOSARIO DE TERMINOS

Hipoperfusión: Disfunción orgánica múltiple, por lo que deberá de ser monitoreada en los pacientes críticamente enfermos.

Proinflamatorias: Es un tipo de molécula de señalización celular (una citoquina) que es secretada por células inmunitarias como las células T colaboradoras (T_h) y los macrófagos, y ciertos otros tipos de células que promueven la inflamación.

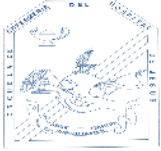
Microvasculatura: Son aquellos **vasos sanguíneos con un diámetro igual o menor a 100 micrómetros y estructuras asociadas**. La red microvascular se extiende dentro de los tejidos permitiendo que la sangre sea distribuida homogéneamente para realizar eficazmente su función.

Intravascular: El desplazamiento de líquidos hacia el tercer espacio tiene lugar cuando una cantidad importante de líquido pasa desde el espacio **intravascular** (los vasos sanguíneos) hasta el espacio **intersticial** —también denominado —tercer espacio—, que representa la zona no funcional existente entre las células.

Stents; Llamado también wallstent en países de habla inglesa, es una malla extensible que se utiliza para abrir arterias, venas y otros conductos de cuerpo que han sido previamente tapadas u obstruidas

Eritrocitarios: (célula de la sangre) que se produce en la médula ósea y se encuentra en la sangre. Los eritrocitos contienen una proteína llamada hemoglobina, que transporta oxígeno desde los pulmones a todas las partes del cuerpo.

Polipnea: Respiración muy frecuente y superficial

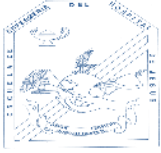


VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Proceso de Atención de Enfermería (PAE) - Nursing care process. Rev Salud Pública Paraguay [Internet]. 2013;3(1):41–8. Available from:
<http://www.ins.gov.py/revistas/index.php/rspp/article/viewFile/24/10>
2. Del M, En P. MANAGEMENT OF THE SEPTIC SHOCK PATIENT. 2011;22(3):293–301.
3. Reina G., Carolina N. Proceso de Enfermería : Instrumento para el Cuidado. Umbral Científico [Internet]. 2010;17:18–23. Available from:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>
4. Andrew Rhodes LEWA al. Guía internacional para el manejo de la sepsis y el shock séptico. Crit Care Key Doc NHS [Internet]. 2017;45(3):1–41. Available from:
<http://clinicainfectologica2hnc.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2018/03/Guía-internacional-para-el-manejo-de-la-sepsis-y-el-shock-séptico.pdf>
5. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento de sepsis grave y choque séptico en el adulto. 2008. 71 p.
6. Gómez B, Sánchez JP, Pérez CF, Díaz EJ, Rodríguez FL. Choque séptico. Lo que sabíamos y lo que debemos saber. Med Interna Mex [Internet]. 2017;33(3):381–91. Available from:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662017000300381
7. Garzón N. La enfermería como disciplina. Nueva Enferm. 1980;(15):19–23.
8. Reyna M. La práctica de enfermería y la investigación. Vol. 9, Eneo Unam. 2012. p. 4–5.
9. Brier J, lia dwi jayanti. [Internet]. Vol. 21. 2020. 1–9 p. Available from:
<http://journal.um-surabaya.ac.id/index.php/JKM/article/view/2203>
10. Ydalsys Naranjo-Hernández C. Modelos metaparadigmáticos de Dorothea



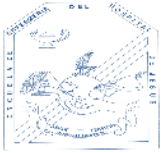
- Elizabeth Orem Meta-paradigmatic models of Dorothea Elizabeth Orem. Rev Arch Med Camagüey [Internet]. 2019;23(6):814–25. Available from:<https://orcid.org/0000-0002-2476-1731>
11. Hernández Martín C. El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera. Univ Valladolid [Internet]. 2016;3–13. Available from: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/17711>
 12. Zarate Grajales RA. La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index de Enfermería.2004;13(44–45):109–11.
 13. Bustamante Edquén S. Concepto, Sujeto, Objeto Y Método De Enfermería. Investigen Enfermería Imagen y Desarro. 2002;4:2–8.
 14. 0905.pdf.
 15. Bellido J., Ríos A, Fernández S. Capítulo 2. Modelo de cuidados de Virginia Henderson [Internet]. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. 2010. 17–33 p. Available from: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
 16. De La L, Ariza C, Romero M, Pilar G, Hito D. Estrategias para la aplicación práctica del proceso enfermero según Henderson. 2016;74. Available from: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/69409/1/Aplicación_práctica.pdf
 17. Huitzi-Egilegor JX, Elorza-Puyadena MI, Urkia-Etxabe JM, Zubero-Linaza J, Zupiria-Gorostidi X. Uso del PAE en los centros públicos y privados de un área de salud. Rev Latino-Am Enferm [Internet]. 2002;20(5). Available from: http://www.scielo.br/sire.ub.edu/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0104-11692012000500012&pid=S0104-11692012000500012&pdf_path=rlae/v20n5/es_12.pdf&lang=es
 18. Cubana R. Al Director : 2019;35(4):1–4.
 19. Proceso E. El Proceso de Atención de Enfermería. 1976;



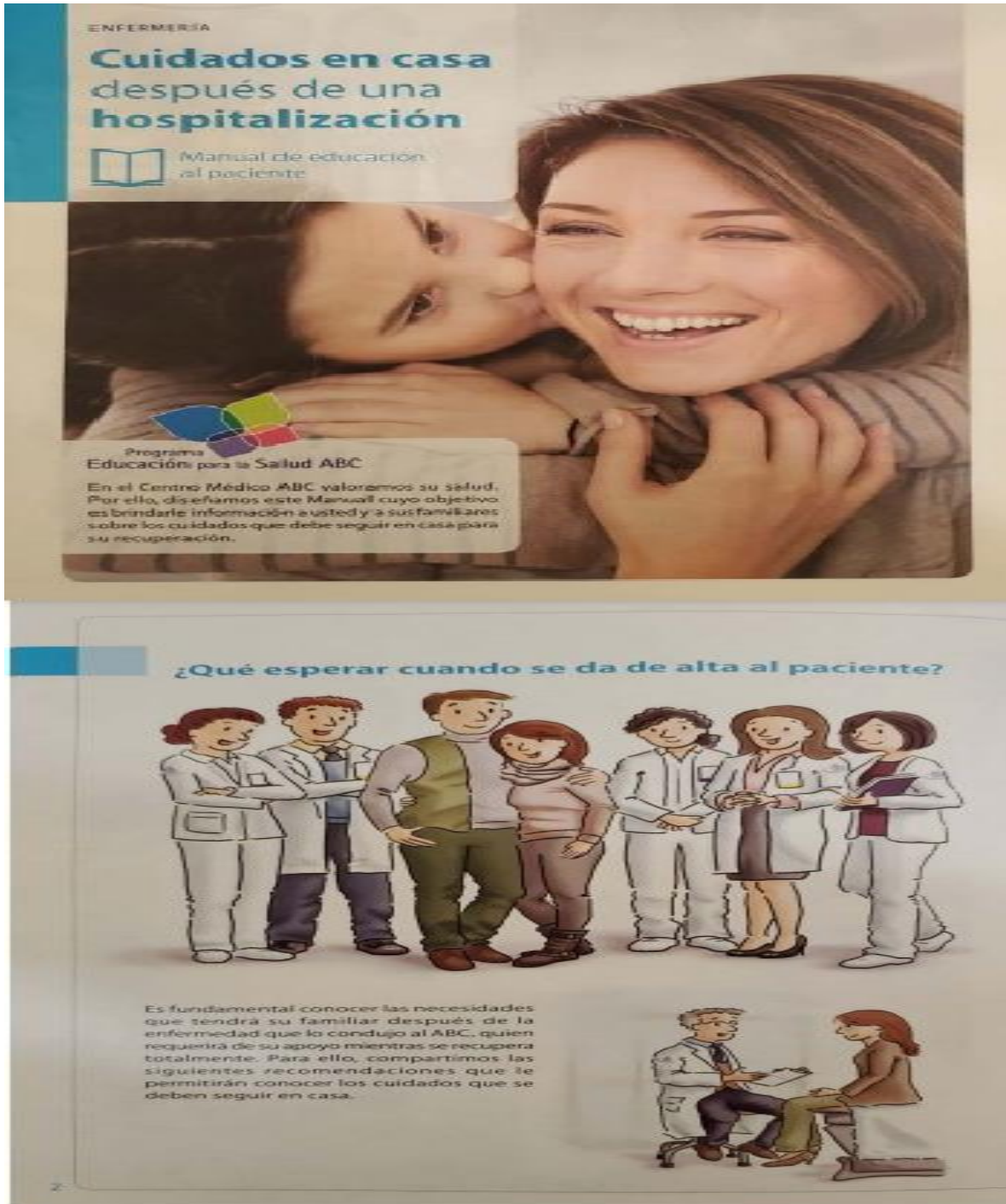
ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



20. Fanny Cisneros G. Proceso De Atención De Enfermeria (Pae). Univ del Cauca [Internet]. 1997;35. Available from:
[http://www.eneo.unam.mx/publicaciones/publicacionesoct2013/Proceso atencion en Enfermeria.pdf](http://www.eneo.unam.mx/publicaciones/publicacionesoct2013/Proceso%20atencion%20en%20Enfermeria.pdf)
[http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ProcesoDe AtencionDeEnfermeria-PAE.pdf](http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-PAE.pdf)
21. CARLOS RSJ. Papel de enfermería en el juicio clínico: la valoración y el diagnóstico (2a parte). *Enferm Cardiol*, 23(69), 30–39.
https://www.enfermeriaencardiol.com/wp-content/uploads/69_02.pdf
Enferm Cardiol [Internet]. 2016;23(69):30–9. Available from: https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/69_02.pdf
22. Cano YAGIL. Shock séptico. 2005;29(3):192–200.
23. Correa Argueta E, Verde Flota EE, Rivas Espinoza JG. Valoración de enfermería basada en la filosofía de Virginia Henderson. *Univ Autónoma Metrop* [Internet]. 2016;148. Available from:
http://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/valoracion_de_enfermeria.pdf
24. Gómez-Gómez B, Sánchez-Luna JP, Pérez-Beltrán CF, Díaz-Greene EJ, Rodríguez-Weber FL. ebemos saber... TT - Septic shock. What we knew and whatwe should know... *Med interna México* [Internet]. 2017;33(3):381–91. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662017000300381&lang=pt
<http://www.scielo.org.mx/pdf/mim/v33n3/0186-4866-mim-33-03-00381.pdf>
25. Vera Carrasco O. Protocolo diagnsstico terapéutico de la sepsis y shock séptico. *Rev Médica La Paz* [Internet]. 2010;16(1):45–52. Available from:
http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v16n1/v16n1_a09.pdf




IX. ANEXOS



Le recomendamos que:


- Toque el agua con el dedo antes de entrar a la regadera para evitar una quemadura.
- Utilice un tapete antiderrapante.
- Instale una agarradera en el baño o ducha y asegúrela con tornillos.
- Es recomendable bañarse sentado y con agua tibia.
- Los primeros días del alta se recomienda estar acompañado durante el baño en su domicilio.
- El cepillado dental debe ser después de cada alimento.
- Verifique que su cepillo dental sea de cerdas suaves, ante cualquier sangrado y si está tomando anticoagulantes, avise a su médico de inmediato.

- Recuerde realizar higiene de manos antes y después ir al baño, así como antes de ingerir alimentos.



Dejar de fumar

Abandonar el tabaquismo es lo mejor que puede hacer por su salud.



¿Por qué?

El tabaco es muy adictivo y tóxico. Contiene nicotina, sustancia que genera dependencia, pero ese no es todo el daño que produce: las sustancias que contiene como monóxido de carbono, amoníaco, formaldehído, tolueno, cianuro, benzopirenos, naftilaminas, benzeno, arsénico, cromo y polonio radioactivo, pueden ocasionar problemas cardiovasculares como infarto del miocardio e infarto cerebral, cáncer y enfermedad pulmonar como bronquitis crónica y enfisema.

El hábito de fumar acorta la vida un promedio de diez años y puede empeorar la calidad de los años vividos.

Alimentación


Dependiendo de la enfermedad que haya presentado o la susceptibilidad de su organismo, pregunte a su médico qué tipo de dieta llevar o cuáles alimentos debe evitar.

Algunos alimentos altos en vitamina K como la espinaca pueden interferir con ciertos medicamentos como los anticoagulantes. Consulte a su médico antes de seguir una dieta especial.

Establezca horarios fijos para realizar tres comidas completas al día y dos colaciones, procure que la cena sea ligera y no se acueste inmediatamente después de cenar.

Recuerde que es mejor consumir alimentos sin grasas, así como ingerir verduras diariamente.

Dé preferencia a las carnes blancas (pollo, pavo, o pescado) sobre las carnes rojas.



Consuma queso tipo panela, requesón o queso cottage.

Cocine con aceite vegetal, puede ser de oliva o canola.


En caso de sentir apetito entre comidas, puede comer jicama, pepino o jitomate con chile y limón, gelatina light, trocitos de queso panela, lechuga, champiñones, té o café sin azúcar.

Existen diversos esquemas de dieta, plíquese con su médico del ABC y decidan entre los dos cuál es la más apropiada para usted.

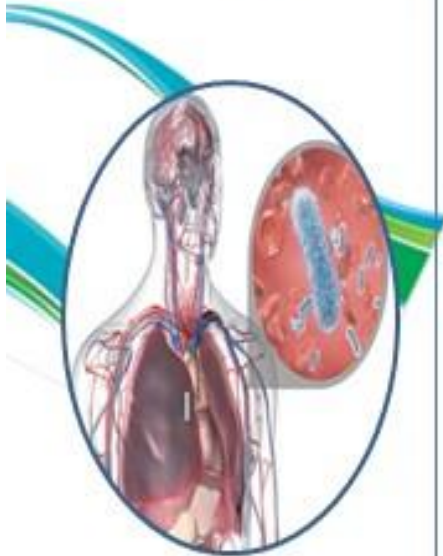
Higiene personal

La higiene personal está constituida por el conjunto de cuidados que necesita el cuerpo para aumentar su vitalidad y mantenerse en un estado saludable.

Es común que existan lesiones en el baño; las bañeras y los suelos resbaladizos pueden provocar caídas.



SHOCK SEPTICO



Es un estado de **hipoperfusión** tisular grave desencadenado por la respuesta inflamatoria sistémica de origen infeccioso.

CAUSAS

Las bacterias son los microorganismos principalmente implicados en la aparición de la sepsis grave. Entre éstas, la primera causa actualmente identificada son las bacterias gran-positivas

FACTORES DE RIESGO

Cualquier paciente tiene riesgo de desarrollar sepsis, este se incrementa en los extremos de la vida (80 años), en pacientes inmunocomprometidos, con presencia de enfermedades subyacentes, uso previo de antibióticos, resistencia bacteriana hospitalaria, procedimientos invasivos, heridas y traumatismos, adicciones (alcohol y



VIGILANCIA

SEGUIMIENTO

Se requiere efectuar una evaluación prolongada con apoyo físico, psicológico y financiero para reintegrar al paciente a sus actividades normales y prevenir morbilidad. Los errores más graves que tienen impacto sobre la morbilidad y mortalidad son: a. El retraso de 48 horas o más en realizar el diagnóstico de un proceso séptico a pesar de la presencia de dos o más de los siguientes signos de sepsis: Fiebre, hipotensión, taquicardia, **polipnea** y confusión. b. El retraso de 6 horas o más en iniciar antibióticos apropiados c. El no administrar antibióticos o administrar antibióticos inefectivos a pesar que haya resultados microbiológicos positivos.