

FACULTAD DE ENFERMERÍA NO. 2
COORDINACIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
POSGRADO DE ENFERMERÍA
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS
GENERACIÓN 2018 -2019

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE CASO CLÍNICO:

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE GRADO DE LA ESPECIALIDAD
DE ENFERMERIA EN CUIDADOS INTENSIVOS

“Proceso de atención de enfermería aplicado en un paciente con sepsis en el servicio de unidad de cuidados intensivos de traumatología del Instituto Nacional de Rehabilitación”.

Presenta:
L.E. Yuliana Santana Ruiz

DIRECTOR INTENO: Dra. Norma Angélica Bernal Pérez Tejada

DIRECTOR EXTERNO: M. C. E. Imelda Villegas Lelovska

GRUPO DISCIPLINAR: Gestión y docencia de enfermería.

LÍNEA DE GENERACIÓN: Calidad de los procesos del cuidado intensivo al paciente en estado crítico.

FECHA: Julio 2020

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por todas las oportunidades que me brinda, a los ángeles que me guían y están ahí cuando miro al cielo.

A la coordinación de posgrados e investigación de la universidad autónoma de Guerrero por brindarme la oportunidad de prepararme y fortalecer mis conocimientos como profesional de la especialidad de enfermería en cuidados intensivos.

A todo el personal docente por brindarme y compartir sus conocimientos, de una forma clara y precisa, en especial a mi director interno por siempre motivarme y guiarme en este proceso.

A mi familia y amigos por el apoyo brindado a lo largo de este proyecto, gracias a mi hijo Matías por todos los abrazos y sonrisas que me motivaban para seguir adelante.

Yuliana....

ÍNDICE GENERAL

2.-Justificación	4
3.-Objetivos.....	5
Objetivo General.....	5
Objetivos Específicos	5
4.-Marco teórico.....	6
Cuidados de enfermería: lenguaje estandarizado.....	6
Proceso atención enfermería y sus etapas.....	7
Teoría general del déficit de autocuidado en el adulto.	9
5.-Definiciones: patologías.....	13
6.-Presentación del caso	20
7.-Historia Clínica al ingreso del paciente.....	21
8.- Guía de valoración basada en la Teoría General del Déficit de Autocuidado en el adulto.....	23
9.-Valoración de enfermería: 05 de septiembre de 2019.....	29
Razonamiento Diagnóstico.	31
Formulación de diagnósticos de enfermería	34
10.-Plan de Cuidados de Enfermería	36
11.-Plan de alta	55
12.-Conclusión del caso.	57
13.-Anexos	58
Diagnósticos.....	58
Fotos	60
Guía de valoración con el referente de la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem.....	61
14.-Referencias.....	76

1.-INTRODUCCIÓN

El proceso de enfermería (PE), es un método racional y sistemático de planificación y provisión de cuidados de enfermería. El PE tiene como objetivo identificar y establecer las necesidades del paciente que nos guíen para implementar planes de acción adecuados y oportunos que permitan al paciente mejorar su condición de salud, su adaptación, su calidad de vida y satisfacción de estas en sus cinco etapas: Valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Los profesionales de enfermería deben utilizar el pensamiento crítico para resolver los problemas de los pacientes y tomar las mejores decisiones, ello permite interactuar con otras disciplinas y campos a la práctica de la enfermería, hacer frente a los cambios en situaciones estresantes, tomar decisiones importantes en relación con los cuidados del paciente, incorporar su creatividad a su forma de pensar, ser capaces de encontrar soluciones únicas a problemas únicos, ser creativos, generar ideas con rapidez, ser flexibles, naturales, aportar soluciones originales a los problemas, esto permite ser independientes y tener confianza en sí mismos.

La vinculación de las taxonomías NANDA-NOC-NIC, permite al profesional de enfermería implementar planes de cuidados fomentando el lenguaje común de la disciplina, evidenciando los cuidados proporcionados. El uso de los planes de cuidados estandarizados, aparte de unificar los criterios en la asistencia y asegurar el bienestar y seguridad del paciente, garantizando un aumento de la calidad en los cuidados.

2.-JUSTIFICACIÓN

El proceso de enfermería el cual tiene como objetivo identificar y establecer las necesidades del paciente es un método ya conocido por el personal de enfermería desde los inicios de formación, el uso adecuado y sistemático beneficia principalmente al paciente pero también contribuye a mejorar los tiempos del profesional de enfermería, enfocándose en las necesidades prioritarias de la salud del paciente evitando posibles complicaciones futuras. En este Proceso de atención de enfermería aplicado en un paciente con sepsis se pretende indagar y establecer un plan de cuidados específicos para paciente con dicho diagnóstico, realizando las cinco etapas del proceso; que son valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación teniendo como objetivo prestar intervenciones de enfermería específicas, adecuadas y oportunas para la restauración de la salud, prevención y minimización de complicaciones.

El uso adecuado y sistemático del método no solo beneficia al paciente, su estado de salud global también contribuye a mejorar el trabajo del personal de enfermería, anticipando actividades que prevengan las posibles complicaciones del paciente altamente complicado. Además de contribuir en el hacer de la profesión, donde la falta de tiempo, la carga de trabajo y las jornadas muy largas complican la ejecución exitosa de un plan de cuidados, este trabajo nos ayudara a agilizar y recordar la importancia que tiene la realización del proceso de atención de enfermería.

3.-OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar y establecer las necesidades del paciente que nos guíen para implementar planes de acción adecuados y oportunos que permitan al paciente mejorar su condición de salud, su adaptación, su calidad de vida y satisfacción de estas mediante el proceso de enfermería.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Ejecutar una valoración oportuna del tipo céfalo – caudal.
- ✓ Implantar diagnósticos de forma apropiada según condición actual del paciente.
- ✓ Brindar cuidados adecuados, acertados, de calidad y calidez, con ello lograr la prevención de complicaciones y deterioro del paciente.
- ✓ Unificar los criterios en la asistencia y asegurar el bienestar y seguridad del paciente, garantizando
- ✓ un aumento de la calidad en los cuidados.

4.-MARCO TEÓRICO

Cuidados de enfermería: lenguaje estandarizado.

Actualmente los cuidados de enfermería se desarrollan mediante el proceso enfermero, el cual implica un método científico, esto permite al personal de enfermería brindar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, con ello se garantiza trabajar de una manera estandarizada lo cual facilita la recolección de la información necesaria para la toma de decisiones y una fácil comunicación sobre la seguridad y efectividad de los cuidados entre los profesionales de la salud, esto asegura la calidad y continuidad de los cuidados intra e interniveles .

Un lenguaje estandarizado nos permite la normalización de la práctica de enfermería disminuyendo la variabilidad de la práctica clínica, con ello se logra identificar los problemas y necesidades de cuidados de los pacientes, qué resultados esperamos y qué intervenciones son necesarias para lograr la prevención de complicaciones y deterioro del paciente.

Los tres lenguajes estandarizados más usados son:

La North American Nursing Diagnosis Association NANDA

La clasificación de resultados de enfermería NOC.

La clasificación de intervenciones de enfermería NIC.

Enfermeras de Saint Louis University School of Nursing en 1973, se dieron cuenta de la necesidad de trabajar de manera formalizada en el desarrollo y clasificación de los diagnósticos de enfermería, organizaron la primera National Conference on Classification of Nursing Diagnoses. De las consecutivas reuniones llevadas a cabo en esta universidad surgiría, en 1982, la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA). En 1989 se publicó por primera vez la taxonomía I NANDA, que evoluciona y se convierte en la taxonomía II en 2002, coincidiendo con el cambio de la asociación NANDA, que deja de ser una asociación Norteamericana para pasar a ser NANDA Internacional (NANDA-I). En la Universidad de Iowa en 1987, con el propósito de ordenar las actuaciones enfermeras en grupos y asignarles un nombre (intervención) se creó la NIC, que ofrecía lenguaje consensuado y codificado de intervenciones de enfermería. Como complemento a NANDA y NIC, en 1991 nace en la Universidad de Iowa la taxonomía NOC, permitiendo identificar, denominar, validar y clasificar resultados e indicadores del usuario susceptibles de ser alcanzados mediante intervención

enfermera. La NOC permite universalizar los resultados del cuidado enfermero, en sus diferentes entornos, lo cual nos lleva a tener base científica para modificar pautas de conducta respecto a los cuidados aplicados por las enfermeras y facilitar la evaluación de los resultados para mejorar la calidad asistencial del paciente.

Gracias al uso de las clasificaciones o taxonomías como lenguajes estandarizados se ha logrado que los profesionales de enfermería mejoren y elaboren de una manera uniforme sus casos clínicos, ello es un gran avance en la investigación clínica de enfermería, ya que contribuye al conocimiento del proceso del paciente y muestra una evaluación de los objetivos planeados y alcanzados aplicando un plan de cuidados personalizado. Al tratarse de un caso clínico de enfermería debemos tener en cuenta que se debe trabajar con respuestas humanas, manifestaciones identificables en el sujeto, correspondientes a acciones, sentimientos, creencias, y la posibilidad de control que posee respecto a sus propias capacidades.

Proceso atención enfermería y sus etapas

La aplicación del proceso de enfermería permite brindar un cuidado centrado en lo científico, además de permitir la estandarización del lenguaje y desarrollo de la profesión de enfermería.

El Proceso de Enfermería se 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” (Reina, 2010).

El proceso de enfermería se caracteriza por ser sistemático, ya que cuenta con etapas secuenciales para su ejecución, es un proceso dinámico y flexible que depende de las necesidades y cuidados del paciente, es humanista ya que considera a la persona como un ser holístico, es intencionado porque se trazan objetivos los cuales guían las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo y es interactivo porque requiere la interrelación humano- humano para lograr objetivos comunes.

De esta forma, para concebir y aplicar el Proceso de Enfermería, se hacen necesarios unos requerimientos previos del profesional de enfermería como lo son los conocimientos, las habilidades y la crítica (Reina, 2010). La primera hace referencia al dominio de conocimientos propios de enfermería, así como de disciplinas afines y complementarias a la profesión, para abordar los problemas

del paciente desde distintas perspectivas, biológicas, psicológicas, sociales, etc. Las habilidades son las que el profesional se va forjando en la disciplina, los procedimientos, los aspectos éticos, bióticos y legales. Por último, la crítica hace referencia al pensamiento lógico, analítico y reflexivo en relación con lo que hacemos.

Dicho proceso consta de cinco etapas las cuales se correlacionan entre sí, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente: Valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

La valoración nos permite reunir la información necesaria referente al usuario familia y comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas, así como los recursos con los que se cuentan. Esta valoración la podemos obtener mediante la interrogación del paciente o de familiares, la observación, y exploración física cefalocaudal, además de otros recursos como son estudios de laboratorios y expediente clínico.

El diagnóstico consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio crítico, sobre el estado de salud del usuario, familia y comunidad. Estos diagnósticos pueden ser reales o de riesgos, la enfermera (o) también realiza la priorización de diagnósticos para un manejo adecuado y seguro de patrones alterados en el paciente.

La planeación es el desarrollo de un proyecto donde se establecen objetivos e intervenciones encaminados a predecir, prevenir y tratar los diagnósticos antes identificados en el paciente, familia y comunidad. En esta etapa se priorizan los diagnósticos, se elaboran las metas y los objetivos que se esperan en el paciente.

La ejecución consiste en llevar a la práctica el plan mediante acciones que conduzcan el logro de objetivos establecidos. Esta etapa se lleva a cabo con apoyo del equipo disciplinario, familia y paciente. Además de ejecutar las acciones planeadas en la segunda etapa y se realiza el registro de estas.

La evaluación permite determinar el progreso del usuario, familia y comunidad hacia el logro de objetivos y valorar las competencias de la enfermera en el desarrollo de las cuatro etapas anteriores, lo que posibilita hacer las modificaciones necesarias. Cabe mencionar que dicha evaluación también se realiza conforme se avanza en cada una de las etapas mencionadas anteriormente.

Aunque en muchos países la aplicación del proceso es un requisito para el profesional de enfermería, aún queda un largo camino por recorrer, ya que

diversos factores como tiempo, número de pacientes, actividades, etc. Influyen en la falta de realización exitosa del PAE (Rojas, 2010).

Teoría general del déficit de autocuidado en el adulto.

Dorothea E. Orem estableció la teoría del déficit del autocuidado como un modelo general compuesto por tres subteorías relacionadas: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería (Prado Solar, 2014).

La teoría del autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E. Orem en 1969, el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar (Vitor, 2010).

La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo, forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorotea E Orem propone a este respecto, tres tipos de requisitos (Naranjo Hernández, 2017):

1. Requisito de autocuidado universal.
2. Requisito de autocuidado del desarrollo
3. Requisito de autocuidado de desviación de la salud.

Los requisitos de autocuidado de desviación de la salud son la razón u objetivo de las acciones de autocuidado que realiza el paciente con incapacidad o enfermedad crónica (Naranjo Hernández, 2017) .

La teoría del déficit de autocuidado.

La teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto (Naranjo Hernández, 2017).

Los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno. Pero puede darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder

a ella. En esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería. Dorothea E. Orem usa la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado (Naranjo Hernández, 2017).

La agencia de autocuidado es la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado. Los individuos que saben satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado. En otros, la agencia de autocuidado está aún desarrollándose, como en los niños. Otros individuos pueden tener una agencia de autocuidado desarrollada que no funciona. Por ejemplo, cuando el temor y la ansiedad impiden la búsqueda de ayuda, aunque la persona sepa que la necesita (Naranjo Hernández, 2017).

La teoría de los sistemas de Enfermería.

Dorothea E. Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería.

1. Sistema totalmente compensador: Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Se trata de que la enfermera se haga cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universal del paciente hasta que este pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.

2. Sistema parcialmente compensador: Este sistema de enfermería no requiere de la misma amplitud o intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. La enfermera actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción.

3. Sistema de apoyo educativo: Este sistema de enfermería es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería, a veces esto puede significar simplemente alertarlo. El papel de la enfermera se limita a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades (Naranjo Hernández, 2017).

Estos sistemas de cuidado se deben individualizar y concretar en cada paciente, para ayudar al proceso de determinación de las intervenciones y actividades específicas, así como para la evaluación de los resultados de la aplicación de estos sistemas, el uso de la clasificación taxonómica de NIC y NOC (Prado Solar, 2014).

Los elementos básicos que constituyen un sistema de enfermería son (Naranjo Hernández, 2017):

1. La Enfermera.
2. El paciente o grupo de personas.
3. Los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con familiares y amigos.

Dorotea E Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.

Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Aunque no lo define entorno como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo (Naranjo Hernández, 2017).

El cuidar de uno mismo: es el proceso de autocuidado se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud. Esta toma de conciencia requiere en sí misma el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y de conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, en el cual debe de existir el deseo y el compromiso de continuar con el plan (Naranjo Hernández, 2017).

Limitaciones del cuidado: son las barreras o limitaciones para el autocuidado que son posible, cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí misma y quizás no tenga deseos de adquirirlos. Puede presentar dificultades para

emitir juicios sobre su salud y saber cuándo es el momento de buscar ayuda y consejo de otros.

El aprendizaje del autocuidado: el aprendizaje del autocuidado y de su mantenimiento continuo son funciones humanas. Los requisitos centrales para el autocuidado con el aprendizaje y el uso del conocimiento para la realización de secuencias de acciones de autocuidado orientadas internas y externamente. Si una acción de autocuidado es interna o externa en su orientación puede determinarse mediante la observación, obteniendo datos subjetivos del agente de autocuidado o de ambas maneras (Mainieri-Hidalgo, 2011).

5.-DEFINICIONES: PATOLOGÍAS

Sepsis

La Sepsis se define como la disfunción orgánica potencialmente mortal, que surge cuando la respuesta del cuerpo a una infección, daña sus propios tejidos y órganos. Esta dependerá de diferentes factores tanto del huésped (sexo, edad, raza, comorbilidades etc.) como de los patógenos con características que evolucionan con el tiempo (Singer M, 2016).

La sepsis puede llevar a sepsis grave cuando se asocia con fracaso de órganos y shock séptico, cuando la sepsis grave se asocia con hipotensión refractaria a la resucitación de fluidos y vasopresores.

La sepsis grave y el shock séptico son problemas sanitarios que afectan a millones de personas al año en todo el mundo y cuya incidencia ha ido aumentando; 50000 nuevos casos al año de sepsis grave, manteniendo una elevada morbimortalidad entre el 28 y el 50% según las series (Rocio Aragonés Manzanares, 2016).

En una revisión nacional se reportó que del 50 al 60% de los pacientes que ingresaron al Servicio de Urgencias presentaron sepsis, y de éstos, 10% arribaron con choque séptico, que fue causa de 24.03% del total de las defunciones^{4,5}; sin embargo, la mayoría de veces se anotó "neumonía", "infección de tejidos blandos", "infección de vías urinarias" como diagnóstico de defunción y no se especificó sepsis u otras de sus variantes (Gorordo Delsol, 2017).

El shock séptico se debe definir como un subgrupo de sepsis en el que profundas alteraciones circulatorias, celulares y metabólicas se asocian con mayor riesgo de mortalidad que la sepsis sola. Los pacientes con shock séptico necesitan vasopresores para mantener una presión arterial media de 65 mm Hg o más y cifras de lactato mayores de 2 mmol/l (>18mg/dl) en ausencia de hipovolemia.

El diagnóstico de la sepsis se realiza con la sospecha clínica de infección o la infección documentada, además de los criterios clínicos mostrados en el siguiente cuadro (cuadro 1):

Variables generales	Parámetros inflamatorios	Hemodinámica y perfusión	Disfunción de órganos
<ul style="list-style-type: none"> Temperatura 38.3 o <36 grados 	<ul style="list-style-type: none"> Leucocitos >12 000-mm³ Leucopenia 	<ul style="list-style-type: none"> Hipotensión arterial: sistólica <90 mmHg. 	<ul style="list-style-type: none"> Hipoxemia arterial PaO₂- FIO₂< 300. Oligoanuria <0.5

<p>centígrados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taquicardia >90 lpm. • Taquipnea • Alteración de la conciencia. • Balance positivo 24 horas o edemas. • Hiper glucemia >140 sin diabetes. 	<p><4000-mm³.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proteína C reactiva >2SD por encima del valor normal. • Procalcitonina >2SD por encima del valor normal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Media <70 mmHg o >40 mmHg de la presión arterial sistólica previa o de < de 2 SD de la normal para la edad. • Láctico elevado. • Relleno capilar disminuido. 	<p>ml-kg >2 horas tras resucitación con fluidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elevación de creatinina >0.5 mg-DI • Alteración de la coagulación INR >1.5 o TPT >60 • Ileo paralítico. • Trombocitopenia <100000 plaquetas -ul. • Hiperbillirrubinemia >4 mg-dL
--	---	--	--

Infecciones nosocomiales

Las infecciones más graves y frecuentes en pacientes ingresados en la UCI son relacionados con la instrumentación de los pacientes. De ellas una de las más importantes en cuanto incidencia y gravedad son las infecciones respiratorias: neumonía asociada a ventilación mecánica; las bacteriemias relacionadas con catéteres y las infecciones urinarias, en esta ocasión hablaremos de la neumonía asociada a la ventilación mecánica y de las infecciones urinarias.

Se ha visto que un tercio de dichas infecciones podrían prevenirse mediante la aplicación de diferentes estrategias que englobarían:

- Conocimiento de la epidemiología y seguimiento del paciente.
- Identificación de factores de riesgo en el paciente.
- Aplicación de una política antibiótica correcta y medidas tales como la descontaminación intestinal selectiva.
- Medidas de higiene por parte del personal sanitario.
- Aislamiento del paciente para evitar colonizaciones cruzadas.

La Neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVVM) se define como una infección del parénquima pulmonar que aparece en pacientes después de estar sometidos a 48 horas de ventilación mecánica, que no estaba en incubación ni presente en el momento de la intubación o que es diagnosticada en las 72 horas siguientes de la extubación y retirada de la ventilación mecánica (Villamón Nevot, 2015).

La neumonía asociada a la ventilación mecánica constituye la principal infección adquirida en los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos. La alta prevalencia de este cuadro tiene un gran impacto no solo en la mortalidad, si

no en la prolongación de la estancia hospitalaria de los pacientes y en el gasto sanitario.

En México datos reportados en el 2012 estiman que las NAVM ocupan el segundo lugar en cuanto a infecciones nosocomiales con una incidencia aproximada de 14,8 casos / 1000 días ventilador, no obstante, este valor puede variar de acuerdo con el tipo de hospital y complejidad de este, en un contexto general se estima que la incidencia en Unidades Médicas de Alta Especialidad es de 12 a 25 casos / 1000 días ventilador (Rebellón Sánchez, 2015).

Se ha demostrado en diferentes estudios que el desarrollo de un programa de medidas preventivas en la UCI es eficaz a la hora de disminuir la incidencia de NAVM. Por ello se puso en marcha el programa de Neumonía Zero.

En marzo del 2011, la UCI empieza a formar parte del proyecto Neumonía Zero liderado por la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y dirigido en su aplicación por la SEMICYUC. Este proyecto tiene como objetivo reducir la tasa media estatal de densidad de incidencia a 9 episodios de NAVM por 1000 días de VM y para ello propone un paquete de medidas de obligado cumplimiento y otras optativas altamente recomendadas, todas ellas basadas en los criterios de evidencia científica del GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation Working Group). (Villamón Nevot, 2015)

✓ Medidas básicas de obligado cumplimiento:

- Formación y entrenamiento en el manejo de la vía aérea: aspiración de secreciones con total asepsia con material de un solo uso evitando la instalación de suero fisiológico.
- Higiene de manos en el manejo de la vía aérea: con productos a base alcohólica antes y después, así como el uso obligatorio de guantes.
- Higiene bucal con clorhexidina: al 0.12- 2 % cada 6-8 horas.
- Control y mantenimiento de la presión del neumotaponamiento entre 20 y 30 cm H₂O.
- Mantenimiento de una posición semiincorporada de 30 a 45 grados, con esta medida se evita el principal mecanismo de producción de la NAVM, la microaspiración.
- Disminución del número de intubaciones orotraqueales y su duración: es necesario el desarrollo de protocolos de desconexión de ventilación mecánica con valoración diaria de retirada de sedación y extubación, así como intentar el uso de ventilación mecánica no invasiva cuando este indicado.

- Evitar cambios rutinarios de tubuladuras, humidificadores y tubos traqueales: no realizar cambios inferiores a 7 días para tubuladuras y de 48 para humidificadores.
- ✓ Medidas optativas:
 - Aspiración continúa de secreciones subglóticas a través del orificio dorsal del tubo orotraqueal.
 - Descontaminación selectiva del tubo digestivo.
 - Uso de antibioterapia sistémica durante intubación orotraqueal en pacientes con bajo nivel de conciencia para intentar disminuir las neumonías precoces.

Los organismos gramnegativos son la principal causa de NAVM en general, las cepas resistentes pueden estar presentes en la mitad de los casos y se relacionan con un incremento de la mortalidad. Los patógenos más comunes son:

TABLA 1.-INCIDENCIA POR REGIÓN DE LOS MICROORGANISMOS MAYORMENTE IMPLICADOS EN LAS NEUMONÍAS ADQUIRIDAS EN HOSPITALES DE ALTA COMPLEJIDAD EN EL AÑO 2010 (REBELLÓN SÁNCHEZ, 2015)

Patógenos	Incidencias %				Pronóstico de Mortalidad a 30 días en NAVM	Referencia
	Todas las regiones	Estados Unidos	Europa	Latinoamérica		
<i>Staphylococcus aureus</i>	28.0	36.3	23.0	20.1	HR: 0.97 IC95%: 0.70-1.33 P:0.852	1718
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	21.8	19.7	20.8	28.2	HR: 0.97 IC95%: 0.70-1.33 P:0.852	2122
<i>Klebsiella species</i>	9.8	8.5	10.1	12.1	HR: 0.97 IC95%: 0.70-1.33 P:0.852	2122
<i>Escherichia coli</i>	6.9	4.6	10.1	5.5	HR: 0.97 IC95%: 0.70-1.33 P:0.852	2122
<i>Acinetobacter baumannii</i>	6.8	4.8	5.6	13.3	HR: 0.97 IC95%: 0.70-1.33 P:0.852	2122
<i>Enterobacter species</i>	6.3	6.5	6.2	6.2	HR: 0.97 IC95%: 0.70-1.33 P:0.852	2122
<i>Serratia species</i>	3.5	4.1	3.2	2.4	HR: 0.97 IC95%: 0.70-1.33 P:0.852	2122
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	3.1	3.3	3.2	2.3	HR: 0.97 IC95%: 0.70-1.33 P:0.852	2122
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	2.9	2.5	3.6	2.4	HR: 0.97 IC95%: 0.70-1.33 P:0.852	2122
<i>Haemophilus influenzae</i>	2.7	2.5	3.7	1.3	HR: 0.97 IC95%: 0.70-1.33 P:0.852	2122

Staphylococcus aureus, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli* y *Acinetobacter baumannii*, como lo muestra la siguiente tabla (Rebellón Sánchez, 2015).

Urosepsis

La urosepsis se define como la sepsis en la cual el tracto urinario es la fuente de infección conocida o muy sospechosa. Aproximadamente el 25% de todos los casos de sepsis en adultos son urosepsis, y la infección del tracto urinario se ha identificado como la fuente en aproximadamente el 10% al 30% de todos los casos

de sepsis grave o shock séptico. Las tasas de mortalidad para pacientes con urosepsis varían del 25% al 60%. Las infecciones complicadas del tracto urinario (ITU) son la causa más frecuente de sepsis en adultos mayores de más de 65 años. Estas infecciones complejas ocurren en pacientes con anomalías anatómicas o funcionales, que impiden el flujo de orina, o en individuos inmunodeprimidos, y generalmente preceden a la urosepsis (Brian C. Peach, 2016).

La urosepsis es una consecuencia de la infección del tracto urinario. Factores de riesgo de urosepsis:

- Edad (≥ 65 años)
- Diabetes mellitus
- Supresión inmunitaria (trasplante de órganos, quimioterapia, tratamiento con corticosteroides, SIDA)
- Infección nosocomial del tracto urinario adquirida en una sala de urología
- Intervenciones urológicas previas.

La urosepsis es una consecuencia de la infección del tracto urinario. Las enterobacterias son los patógenos más comunes (Dreger, 2015):

- E. coli (52%).
- Proteus spp.
- Enterobacter spp.
- Klebsiella spp.
- P. aeruginosa.
- bacterias grampositivas, como los enterococos (5%).

Insuficiencia cardiaca aguda

La insuficiencia cardiaca se puede definir como una anomalía de la estructura o de la función cardiaca que hace que el corazón sea incapaz de realizar su función de aportar oxígeno suficientes pese a presiones normales de llenado o solo a costas de presiones de llenado aumentadas. Es un síndrome muy frecuente y con elevada morbimortalidad (Rocio Aragonés Manzanares, 2016).

Las determinaciones de la función cardiaca son el inotropismo, las condiciones de carga de ventrículos y la insuficiencia cardiaca diastólica y sistólica.

El inotropismo es la fuerza que desarrolla el corazón en cada contracción. La fuerza de contracción depende de la longitud de la fibra al final de la diástole, de esta forma cuando mayor es el volumen diastólico, mayor es la concentración miocárdica. Otro mecanismo son la activación neurohormonal y el remodelado

cardiaco, inicialmente compensatorios, se convierte en causa de insuficiencia cardiaca.

Condiciones de carga de los ventrículos:

El corazón se afecta o descompensa por alteraciones de la precarga o presión por volumen telediastólico.

La precarga es la presión que se alcanza en el ventrículo por el volumen telediastólico y que determina la longitud de la fibra.

La poscarga o tensión del ventrículo durante la sístole, depende de la presión aortica o pulmonar y del volumen, así como del grosor de la pared ventricular. Cuando las resistencias periféricas aumentan el corazón sano responde con aumento del inotropismo, pero el corazón insuficiente falla y se desencadena la clínica de insuficiencia cardiaca esta puede ser sistólica o diastólica. Esta última es más difícil de diagnosticar.

Clasificación:

Clasificación funcional de la New York Heart Association basada en la gravedad de los síntomas y actividad física.

Clase I	Sin limitación para la actividad física. La actividad física normal no causa disnea, fatiga o palpitaciones.
Clase II	Ligera limitación para la actividad. Cómodo en reposos, pero la actividad física normal resulta en excesiva disnea, fatiga o palpitaciones, fase de disfunción ventricular asintomática.
Clase III	Síntomas con esfuerzos moderados, pero no en reposo.
Clase IV	Incapacidad para mantener actividad física sin molestias. Síntomas en reposo.

Clasificación de Killip

Grado I	No existen signos y síntomas de insuficiencia cardiaca.
Grado II	Existen signos de insuficiencia cardiaca, aparición de estertores húmedos en bases pulmonares, aparición del tercer ruido o galope en la auscultación cardiaca y existencia de imagen radiológica de ocupación alveolar en ambas bases.
Grado III	Hay edema pulmonar con imagen radiológica clara en ambos pulmones y auscultación en todo el pulmón de estertores de ocupación alveolar por líquido.
Grado IV	Shock cardiogénico: la presión arterial sistólica está por debajo de 90 mm Hg y existe vasoconstricción periférica y oligoanuria,

:

El diagnóstico de insuficiencia cardíaca puede ser difícil, por lo general con la historia clínica y con pruebas iniciales esenciales como ecocardiograma, electrocardiograma y pruebas de laboratorio.

Analítica básica de seguimiento en urgencias en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda

- Hemograma, (recuento en sangre completo, glóbulos blancos, hemoglobina, hematocrito, plaquetas).
- Electrolitos séricos.
- Índices renales (nitrógeno de urea en sangre, creatinina, función glomerular estimada).
- Glucosa sérica.
- Perfil de la función hepática.
- Análisis de orina (sodio).

6.-PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino O.G.R de 91 años, ocupación ama de casa, estado civil soltera, de religión católica, nacida en el Estado de México, sin alergias conocidas, con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica más artritis reumatoide. La cual inicia con padecimiento actual el día 08 de agosto del 2019 al resbalar y sufrir contusión directa en hemicuerpo izquierdo, evolucionando con dolor a nivel de cadera y humero izquierdos, siendo incapaz de incorporarse durante la noche, es encontrada por familiares en el suelo al día siguiente, es entablillada y traída al servicio de urgencias para valoración.

Ingresa al servicio de quirófano el día 16 de agosto del 2019 para procedimiento quirúrgico de osteosíntesis de fémur izquierdo, suministrando anestesia general más intubación endotraqueal, al inicia destete de ventilación mecánica, la paciente presenta debilidad muscular, disnea, taquipnea, taquicardia, diaforesis, ansiedad, y se determina que continúe con el apoyo ventilatorio e ingresa a la unidad de cuidados intensivos para su manejo especializado.

7.-HISTORIA CLÍNICA AL INGRESO DEL PACIENTE

Datos Personales:

Nombre: O.G.R.

N. Expediente: N-376682_2019 **Edad:** 91 años

Sexo: Femenino

Fecha Nacimiento: 24.01. 1928 **Ocupación:** hogar

Estado Civil: Soltero. **Nacionalidad:** mexicana **Residencia Actual:** Francisco I. Madero no 192 col. Progresista **Grado de Instrucción:** Licenciatura

Fecha y hora de Ingreso Hospitalario: 16 de agosto del 2019

Motivo de Internación: fractura de fémur izquierdo.

Padecimiento Actual:

Paciente femenino de 91 años con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica + artritis reumatoide. La cual refiere inicio de padecimiento actual el día 08.08.19 al resbalar y sufrir contusión directa en hemicuerpo izquierdo, evolucionando con dolor a nivel de cadera y humero izquierdos, siendo incapaz de incorporarse durante la noche, es encontrada por familiares en el suelo al día siguiente, es entablillada y traída al servicio de urgencias para valoración.

Hábitos Tóxicos

Alcohol: Negados **Tabaco:** Negados **Drogas:** Negados

Hábitos fisiológicos

Alimentación: Realiza tres alimentos al día **Diuresis:** Clara

Defecación: Normal **Sueño:** Normal **Sexualidad:** Negada.

Antecedentes personales

Po colecistectomía laparoscópica secundario a colelitiasis sintomática a los 86 años de edad en ISSSTE, sin incidentes ni accidentes

Po aneurisma (no especifica) a los 20 años de edad, sin incidentes ni accidentes.

Po cataratas en 2010, sin incidentes ni accidentes

Po fractura de tibia derecha en 1994, (no especifica)

Traumáticos: refiere fractura de tibia en 1994 secundaria a caída de su plano de sustentación.

Transfusionales: transfusiones positivas, secundarias a evento quirúrgico por nefrectomía (3pg), sin efectos adversos ni incidentes.

Cronicodegenerativas: hipertensión arterial sistémica 20 años de evolución (tratada con nifedipino 30mg).

Antecedentes Familiares

Padres: madre con antecedente de hipertensión arterial sistémica

Hermanos: un hermano con hipertensión arterial sistémica

Hijos: tres hijos, una hija finada por cáncer de ovario

Exploración física:

Frecuencia cardíaca: 76 ppm **Temperatura:** 36.7 grados centígrados

Tensión arterial: 133/ 77 **Respiración:** 18 rpm. **SpO2:** 98%

8.- GUÍA DE VALORACIÓN BASADA EN LA TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCAUIDADO EN EL ADULTO.

I.- FACTORES CONDICIONANTES BASICOS

Nombre: O.G.R Edad: 91 años Género: Femenino Fecha: 03.09.2019

Talla: 1.52 Peso: 62 kg. Estado civil: soltera Religión: católica

Ocupación: hogar Escolaridad: licenciatura ¿Con quién vive?: sola

¿Quién depende de usted?: nadie

Padece enfermedad crónica ó aguda: hipertensión arterial sistémica + artritis reumatoide.

Tipo: crónica

Tipo de familia: Desintegrada

¿Qué rol tiene en su familia?: abuela ¿Cómo es la comunicación familiar? Mala

II.- REQUISITOS DE AUTOCAUIDADO

¿Quién cubre sus necesidades?: Edgar Iván Mendoza García – nieto

Cuenta con todos los servicios en su domicilio: Si

¿Qué espera en relación con su salud? No valorable

Universales:

Presenta problemas para respirar: Si Tipo: Neumonía – Sedación

Requiere soporte respiratorio: Ventilador. Tiene tratamiento de base: si.
Presenta secreciones: sí. Características: abundantes, rosadas y espumosas.

Con ventilación mecánica en modo controlado, limitado por presión, ciclado por tiempo, con presiones normales de la vía aérea, fio2 40% con lo que mantiene spo2 de 97%, a nivel safi 242, no se integra sx pleuropulmonar. Presiones

protectoras de la vía aérea a la auscultación con ruidos respiratorios audibles con estertores durante la inspiración. Se aspiran secreciones abundantes rosadas espesas y fétidas por tubo endotraqueal. Aspiración de secreciones abundantes por boca.

Se inicia destete de ventilación mecánica, la paciente presenta debilidad muscular, disnea, taquipnea, taquicardia, diaforesis, ansiedad.

Camina sin agitarse: No deambulación, sedada

Fr: 20 x Tipo de respiración: con presiones.

Piel:

Presenta lesiones: Si Tipo: LPP en remisión Color: Temperatura: Turgencia: Edema (+): +++- ++++

Presenta:

Hematomas: en brazo derecho por multipunción. Enrojecimiento.

Cuidado de su piel: hidratación.

Otros signos y síntomas: extravasación en brazos con mayor cantidad en el brazo derecho.

Valorada con la escala Braden con una puntuación de 9 definida como un alto riesgo de desarrollar LPP, además de su sobrepeso, cursando con diarrea la cual aumenta el riesgo. En la exploración se encuentran áreas de prominencia ósea como sacro enrojecido y con aumento de la temperatura, en talones se localiza una lesión por presión en remisión tratada con ulcorderma y elevación de puntos de presión para liberar presión en zona.

Cardiovascular:

T/A: 135/75 mg dl. Fc: 70 ppm. Presenta: Dolor precordial: No Edema: generalizado

Adinamia: Sedada. Náuseas: negadas Vómito: NO

Otros signos y síntomas: se mantiene con ritmo sinusal por monitor, fc entre 66-70 x minuto, con infusión de dobutamina a 2 mcg –kg-minuto, mantiene una presión arterial media entre 99-110 mg-dl , lactato venoso de 1.8.

Agua:

¿Qué cantidad consume? Cubre sus necesidades requeridas

Presenta Deshidratación: No. Tipo: Mucosas: Hidratadas Piel: hidratada

Alimentos:

De mayor frecuencia: alimentación balanceada. Ingiere suplementos: no

¿Cambio la dieta por su enfermedad?: si. Tipo: por ahora se encuentra en ayuno,

¿Ha aumentado de peso?: No Cantidad:

¿Ha disminuido de peso?: No Cantidad:

¿Tiene algún significado para usted?: No Tipo:

Presenta:

Anorexia: no. Dolor abdominal: no, abdomen globoso. Desnutrición: no

Eliminación: ¿Cuántas veces orina al día? Cantidad: 50 ml x hora con ayuda de diurético de ASA. Características: color ámbar concentrada.

Sonda transuretral: si Tiempo de colocación: 9 días (27.08.19) silicón globo 8cc.

Presenta: Oliguria.

Otros signos y síntomas : volúmenes urinarios a expensas de diuréticos de ASA y ahorradores de potasio, creatinina de 0.7, urea de 47.2, Nit 22. 16, NA sérico 149, potasio de 5.2, Cl 97.09.

En orina se reporta la presencia de pseudomona sensible únicamente a colistina, iniciándose el día de ayer.

Evacuaciones:

Presenta: Diarrea.

Otros signos y síntomas: positivo a Costridium Difficile con esquema de antibióticos linezolid 500 mg Cada 12 y meropenem 1gramo cada 8 horas.

Actividad y Reposo:

Necesita apoyo al moverse: SI ¿Realiza ejercicio en casa? se desconoce.

¿Tiene energía para?: sedada

Horas de sueño: sedada.

Estado neurológico:

Estado de conciencia: sedación con efecto de propofol y dexmedetomidina, valorado con escala de agitación y sedación RASS +1, ansiosa e inquieta, pero sin conducta violenta. Pupilas: Isocóricas

Presenta: Ansiedad, presenta episodios de alteración de conocimiento, atención y percepción, se le ubica en sus tres esferas neurológicas, espacio, lugar y tiempo; logrando comprender su situación por un breve periodo.

Estado psicosocial:

¿Le gusta la convivencia? NO valorable.

¿Se considera persona sociable? NO valorable

¿Cómo considera su comunicación? NO valorable

Emocionalmente como se siente: NO valorable

Motivo de salud que impida desarrollarse: sedación con efecto de propofol y dexmedetomidina, valorado con escala de agitación y sedación RASS +1

Otros signos y síntomas: La paciente cuando despierta en algunas ocasiones suele preguntar con gestos por su familiar, y sonríe.

Prevención de peligros contra la salud:

¿Fuma?: no

¿Ingiere bebidas alcohólicas? No

¿Tiene control médico? Si

Frecuente: mensuales.

Normalidad:

¿Usted se acepta?: (No valorable) Física Emocional Familiar Profesional
Socialmente

¿Qué opina de su vida? No valorable

Historia familiar:

Familiares Enfermos:

Abuelos: desconoce

Padres: madre con antecedente de hipertensión arterial sistémica

Hermanos: un hermano con hipertensión arterial sistémica

Hijos: tres hijos, una hija finada por ca de ovario.

Familiares fallecidos: uno Parentesco: hija

III: REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

Del desarrollo:

Etapas del desarrollo en la que se encuentra: paciente geriátrico

¿Problema de salud en?: Adulto: geriátrico

Edad fértil: no Otro: Postoperada de osteosíntesis de fémur izquierdo, Choque séptico, Neumonía asociada a la ventilación mecánica, Urosepsis.

Salud sexual:

¿Ha recibido educación sexual? No valorable ¿Está satisfecho con su vida sexual? No valorable

Número de hijos: 3 hijos

Presenta: Problemas de infertilidad: negados

ETS: Cirugías previas: Tipo:

Menarca: 13 años Días del ciclo menstrual Presenta: Dolor Tipo
Número de embarazos: 3 Partos: 3 Abortos: 0 Cesáreas: 0 Embarazo de alto riesgo: negados

Inició de menopausia: se desconoce

Desviación de la salud:

Enfermedades frecuentes:

¿Cómo afronta los problemas? No valorable

¿Ha sido hospitalizado antes? Si

Motivo: quirúrgicos:

-Po nefrectomía derecha a los 23 años, secundaria a hidronefrosis, sin accidentes ni incidentes.

-Po amigdalectomía a los 48 años por úlceras de repetición, sin accidentes ni incidentes.

-Po colecistectomía laparoscópica secundario a colelitiasis sintomática a los 86 años en ISSSTE, sin incidentes ni accidentes

-Po aneurisma (no especifica) a los 20 años, sin incidentes ni accidentes

-Po cataratas en 2010, sin incidentes ni accidentes

-Po fractura de tibia derecha en 1994, (no especifica)

-Transfusionales: transfusiones positivas, secundarias a evento quirúrgico por nefrectomía (3pg), sin efectos adversos ni incidentes.

Presenta secuelas de enfermedades anteriores: no

¿Cómo se dio cuenta de su enfermedad? padecimiento actual el día 08.08.19 al resbalar y sufrir contusión directa en hemicuerpo izquierdo, evolucionando con dolor a nivel de cadera y humero izquierdos, siendo incapaz de incorporarse durante la noche, es encontrada por familiares en el suelo al día siguiente, es entablillada y traída al servicio de urgencias para valoración.

¿Quién le ayudo?: familiares

¿Tiene miedo regularmente? No valorable

¿Qué hace para superarlo? No valorable

¿Presenta cambios emocionales continuos? No valorable

¿Laborales? No valorable

¿Qué tipo de apoyo necesita ahora? Tratamiento actual: tratamiento quirúrgico consistente en osteosíntesis a fémur izquierdo con clavo centro medular, Choque séptico, Neumonía asociada a la ventilación mecánica, Urosepsis.

¿Ha sufrido lesiones importantes en los últimos 10 años? Ya mencionados anteriormente.

9.-VALORACIÓN DE ENFERMERÍA: 05 DE SEPTIEMBRE DE 2019

Paciente femenino de 91 años el cual cursa 20 días de estancia hospitalaria con los siguientes diagnósticos médicos:

- Postoperada de osteosíntesis de fémur izquierdo
- Insuficiencia cardíaca aguda
- Choque séptico
- Neumonía asociada a la ventilación mecánica.
- Urosepsis

Condiciones actuales:

Exploración física:

Frecuencia cardíaca: 76 ppm Temperatura: 36.7 grados centígrados

Tensión arterial: 133/ 77 Respiración: 18 rpm.

SpO₂: 98%

Neurológico: con efecto de propofol y dexmedetomidina, valorado con escala de agitación y sedación RASS +1, ansiosa e inquieta, pero sin conducta violenta. Presenta episodios de alteración de conocimiento, atención y percepción, se le ubica en sus tres esferas neurológicas, espacio, lugar y tiempo; logrando comprender su situación por un breve periodo.

Respiratorio: con ventilación mecánica en modo controlado, limitado por presión, ciclado por tiempo, con presiones normales de la vía aérea, fio₂ 40% con lo que mantiene spo₂ de 97%, a nivel safi 242, no se integra sx pleuropulmonar. Presiones protectoras de la vía aérea a la auscultación con ruidos respiratorios audibles con estertores durante la inspiración. Se aspiran secreciones abundantes, rosadas espesas y fétidas por tubo endotraqueal. Aspiración de secreciones abundantes por boca.

Se inicia destete de ventilación mecánica, la paciente presenta debilidad muscular, disnea, taquipnea, taquicardia, diaforesis, ansiedad.

Cardiológicos: se mantiene con ritmo sinusal por monitor, fc entre 66- 70 x minuto, con infusión de dobutamina a 2 mcg –kg-minuto, mantiene una presión arterial media entre 99-110 mg-dl , lactato venoso de1.8.

Gastrointestinal: abdomen blando depresible se encuentra en ayuno gasto biliar se recoloca sonda nasogástrica normoglucemica en el turno, aun con dolor abdominal a la palpación superficial y profunda en todo marco colonico peristalsis presente pero disminuida

Hídrico renal: volúmenes urinarios a expensas de diuréticos de ASA y ahorradores de potasio, creatinina de 0.7, urea de 47.2, Nit 22. 16, NA sérico 149, potasio de 5.2 , CI 97.09.

En orina se reporta la presencia de pseudomona sensible únicamente a colistina, iniciándose el día de ayer.

Hemato-infeccioso: Temperatura inestable, con fluctuación entre hipotermia e hipertermia, temperatura actual de 37.5 grados centígrados, hemocultivo positivo para hongos, por lo que se incrementa la dosis de fluconazol 400 mg, en orina se reporta la presencia de pseudomona sensible únicamente a colistina, iniciándose el tratamiento además del linezolid 500 mg Cada 12 y meropenem 1gramo cada 8 horas, sin datos de sangrado activo.

Eritrocitos. 2.9×10^6 , leucocitos 13.5, hemoglobina 8.8 g/dl, hematocrito 26.9 %, tiempo de protrombina 18.5 segundos, tiempo de tromboplastina parcial 42 segundos.

Musculo esquelético: edema en manos y pies godette + valorado en grado III con una depresión de más de 4mm y una recuperación mayor a 30 segundos, NA 149, potasio de 5.2 y osmolaridad de 302 mOsm- kg. Moviliza 4 extremidades fuerza de extremidad superior 3/5 inferior 2/5 tono conservado.

Sistema tegumentario: Valorada con la escala Braden con una puntuación de 9 definida como un alto riesgo de desarrollar LPP, además de su sobrepeso, cursando con diarrea la cual aumenta el riesgo. En la exploración se encuentran áreas de prominencia ósea como sacro enrojecido y con aumento de la temperatura, en talones se localiza una lesión por presión en remisión tratada con ulcoderma y elevación de puntos de presión para liberar presión en zona.

Química Sanguínea:

NA 149 K 5.2 Cloro 97.09 BUN 16.23 creatinina de 0.7, urea de 47.2, Nit 22 Glucosa 119

Biometría Hemática

Leucocitos 13.5 HB 8.8gdl

Plaquetas 377 TP 18.5 TTP: 42

Neutrófilos 82.

Gasometría

PH 7.39 P02 36.6 PCO2 31.9 mmHg PO 41 Bicarbonato 25 Lactato 1.2 Calcio ionizado 0.7 SV02 75% Lactato sérico 2.8 mmol/L

Pronostico: Paciente que se mantiene con evolución inestable, el foco infeccioso pulmonar reactivó, su pronóstico se mantiene reservado, la probabilidad de muerte es alta y se comunica a sus familiares.

RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO.

Datos Clínicos significativos	Análisis deductivo	
	Identificación de etiqueta diagnóstica	Identificación de dominio y clase
Fracaso en el retiro de la ventilación mecánica, relacionado con debilidad muscular, disnea, taquipnea, taquicardia, diaforesis, ansiedad.	Respuesta ventilatoria disfuncional al destete.	Código Nanda: 00034 Necesidad 01: Respira normalmente. Patrón 04: Actividad- ejercicio. Dominio 04: Actividad y Reposo. Clase 04: Respuestas cardiovasculares- pulmonares
Con ventilación mecánica invasiva en modo controlado con presión. Presiones protectoras de la vía aérea a la auscultación con ruidos respiratorios audibles con estertores durante la inspiración. Se aspiran secreciones abundantes, y espesas, fétidas por tubo endotraqueal. Aspiración de secreciones abundantes por boca.	Limpieza ineficaz de las vías aéreas	Código Nanda: 00031 Necesidad 01: Respirar normalmente. Patrón 04: Actividad y ejercicio. Dominio 11: Seguridad/Protección. Clase 2: Lesión física.
Temperatura inestable, con fluctuación entre hipotermia e hipertermia, temperatura actual de 37.5 grados centígrados, con apoyo de antibioticoterapia con linezolid 500 mg Cada 12 hras, Meropenem 1 gramo cada 8 horas y vancomicina. Leucocitos 13.5 X 10 ³	Termorregulación ineficaz.	Código Nanda: 00008 Necesidad 07: Temperatura. Patrón 02: Nutricional-Metabólico. Dominio 11: Seguridad/Protección. Clase 06: Termorregulación.

Datos Clínicos significativos	Análisis deductivo	
	Identificación de etiqueta diagnóstica	Identificación de dominio y clase
<p>Volúmenes urinarios a expensas de diuréticos de ASA y ahorradores de potasio, creatinina de 0.7, urea de 47.2, Nit 22. 16, NA sérico 149, potasio 5.2, Cl 97.09.</p> <p>En orina se reporta la presencia de pseudomona sensible únicamente a colistina, iniciándose el día de ayer.</p>	Deterioro de la eliminación urinaria.	<p>Código Nanda: 00016 Necesidad 03: Eliminación Patrón 03: Eliminación Dominio 03: Eliminación e intercambio. Clase 01: Función urinaria</p>
Edema en manos y pies godette + valorado en grado III con una depresión de más de 4mm y una recuperación mayor a 30 segundos , NA 149, potasio de 5.2 y osmolaridad de 302 mOsm- kg.	Exceso de volumen de líquidos.	<p>Código Nanda: 00026 Necesidad 02: Comer y beber Patrón 02: Nutrición- Metabólico. Dominio 02: Nutrición. Clase 05: Hidratación.</p>
Con efecto de propofol y dexmedetomidina, valorado con escala de agitación y sedación RASS +1, ansiosa e inquieta pero sin conducta violenta. Presenta episodios de alteración de conocimiento, atención y percepción, se le ubica en sus tres esferas neurológicas, espacio, lugar y tiempo; logrando comprender su situación por un breve periodo.	Confusión aguda	<p>Código Nanda: 00128 Necesidad 09: Evitar peligros – Seguridad. Patrón 06: Cognitivo- Perceptivo. Dominio 05: Percepción- Cognición. Clase 05: Cognición.</p>
<p>Paciente se mantiene bajo efectos de inotrópicos con un reporte de laboratorio de PCO2 bajo 31.9 mmHg</p> <p>Lactato sérico alto de 2.8 mmol/L, leucocitos 13.5 X 10³</p> <p>Con diagnostico comprobado de sepsis y urosepsis. Con desequilibrio de la termorregulación.</p>	Riesgo de shock	<p>Código Nanda: 00205 Necesidad 09: Evitar peligros – Seguridad. Patrón 04: Actividad- Ejercicio. Dominio 11: Seguridad- Protección. Clase 02: Lesión física.</p>

Datos Clínicos significativos	Análisis deductivo	
	Identificación de etiqueta diagnóstica	Identificación de dominio y clase
Paciente vulnerable a una disminución de la circulación cerebral relacionado con sus resultados de hemoglobina bajos y tiempos de protrombina, tromboplastina altos, además de los agentes farmacológicos indicados para soporte inotrópico con infusión de dobutamina a 2 mcg –kg-minuto, mantiene una presión arterial media entre 99-110 mg-dl, lactato venoso de 1.8. . Eritrocitos. 2.9×10^6 , hemoglobina 8.8 g/dl, hematocrito 26.9 %, tiempo de protrombina 18.5 segundos, tiempo de tromboplastina parcial 42 segundos.	Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz.	Código Nanda: 00201 Necesidad 01: Respirar normalmente. Patrón 04: Actividad y ejercicio. Dominio 04: Actividad-Reposo. Clase 04: Respuesta cardiovasculares- Pulmonares.
Valorada con la escala Braden con una puntuación de 9 definida como un alto riesgo de desarrollar LPP, además de su sobrepeso, cursando con diarrea la cual aumenta el riesgo. En la exploración se encuentran áreas de prominencia ósea como sacro enrojecido y con aumento de la temperatura, en talones se localiza una lesión por presión en remisión tratada con ulcorderma y elevación de puntos de presión para liberar presión en zona.	Riesgo de lesiones por presión.	Código Nanda: 00249 Necesidad 08: Higiene – Piel. Patrón 02: Nutricional-Metabólico. Dominio 11: Seguridad – Protección. Clase 02: Lesión física.

FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Etiqueta diagnóstica (Problema)	Factor relacionado (Etiología)	Características definitorias (signos y síntomas)	Tipo de diagnóstico
Respuesta ventilatoria disfuncional al destete. (00034)	Dependencia del ventilador mecánico mayor de 4 días. 2do intento de destete y ritmo inapropiado del destete	Agitación, taquipnea, taquicardia, diaforesis, uso intenso de los músculos accesorios, palidez y expresión facial de temor.	Real
Limpieza ineficaz de las vías aéreas. (00031)	Vía aérea artificial. Retención de las secreciones. Secreciones o mucosidad excesiva por tubo endotraqueal y boca. Alteración del patrón respiratorio.	Sonidos respiratorios anormales. Cantidad excesiva de esputo. .broncoespasmo	Real
Termorregulación ineficaz. (00008)	Choque séptico Neumonía asociada a la ventilación mecánica. Urosepsis	Fluctuación de la temperatura corporal por encima y por debajo del rango normal. Escalofríos. Piloerección.	Real
Deterioro de la eliminación urinaria. (00016)	Deterioro sensitivo motor, infección del tracto urinario.	Disuria, disminución del gasto urinario 50ml x hora a expensas de diuréticos de ASA.	Real
Exceso volumen líquidos. (00026)	Mecanismo de regulación comprometida.	Desequilibrio hidroelectrolítico, edema, oliguria, alteración de la densidad de la orina.	Real

Formulación de diagnósticos de enfermería (continuación)

Etiqueta diagnóstica (Problema)	Factor relacionado (Etiología)	Características definitorias (signos y síntomas)	Tipo de diagnóstico
Confusión aguda. (00128)	Bajo el efecto farmacológico de sedantes asociados con delirio, edad 91 años.	Alteración de la función cognitiva, nivel de conciencia, inquietud, ideas erróneas.	Real
Riesgo de shock (00205)	Diagnóstico de sepsis más 3 parámetros positivos de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica: picos febriles, Pco2 bajo 31.9 mmHg Lactato sérico alto de 2.8 mmol/L, leucocitos 13.5×10^3 .		Riesgo
Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz. (00201)	Anemia, tiempos de protrombina y tromboplastina alargados.		Riesgo
Riesgo de lesiones por presión. (00249)	Puntuación de escala Braden de 9(nutrición, sensibilidad, movilidad,) deterioro de la circulación bajo sedación, con apoyo de inotrópicos, anemia, antecedente de lesión por presión, edema, deterioro cognitivo, sobrepeso, fractura de cadera, edad avanzada, sexo femenino.		Riesgo

10. – PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DOMINIO 04: Actividad – Reposo		CLASE 04: Respuestas cardiovasculares – pulmonares		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>ETIQUETA (PROBLEMA): Respuesta ventilatoria disfuncional al destete. (00034)</p> <p>DEFINICIÓN: Incapacidad para adaptarse a la reducción de los niveles de la ventilación mecánica, que interrumpe y prolonga el periodo de destete.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS: Dependencia del ventilador mecánico mayor de 4 días. 2do intento de destete y ritmo inapropiado del destete.</p> <p>CARACTERISTICAS DEFINITORIAS: Agitación, taquipnea, taquicardia, diaforesis, uso intenso de los músculos accesorios, palidez y expresión facial de temor.</p>	<p>Dominio 02: Salud fisiológica.</p> <p>CLASE E: Cardiopulmonar.</p> <p>La ventilación mecánica: adulto (0412).</p> <p>Definición: adaptación respiratoria y psicológica a la disminución progresiva de la ventilación mecánica.</p>	<p>41228 Reflejo de tos alterado.</p> <p>41202 Frecuencia respiratoria espontanea.</p>	<p>1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderadamente. 4. Leve. 5. Ninguna.</p> <p>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.</p>	<p>Mantener a:2 Aumentar a: 2</p> <p>Mantener a: 1 Aumentar a: 2</p>

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

INTERVENCIÓN NIC: Ayuda a la ventilación
CÓDIGO: 3390

INTERVENCIÓN NIC: Destete en la ventilación mecánica
CÓDIGO: 3310

DEFINICIÓN: Estimulación de un esquema respiratorio espontáneo óptimo que maximice el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones.
CAMPO 02: Fisiológico: Complejo.
CLASE K: Control respiratorio.

DEFINICIÓN: Ayudar al paciente para que respire sin asistencia del ventilador mecánico.
CAMPO 02: Fisiológico: Complejo.
CLASE K: Control respiratorio.

ACTIVIDADES:

1. Mantener una vía permeable: aspiración de secreciones cuando lo amerite.
2. Posición a 20 o 30 grados para aliviar disnea.
3. Cambios de posición frecuentes.
4. Fomentar una respiración lenta y profunda, cambios posturales y tos.
5. Auscultar ruidos respiratorios, observando zonas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de ruidos adventicios.
6. Administración de micronebulizaciones según indicación médica para favorecer la permeabilidad de las vías aéreas.
7. Monitorización de gasometrías arterial.

ACTIVIDADES:

1. Vigilancia y monitoreo del estado hidroelectrolítico.
2. Monitorización continua de la evolución de la neumonía.
3. Posicionar al paciente de forma que utilice los músculos respiratorios y optimizar el descenso del diafragma.
4. Administración de fisioterapia o palmoperfusión.
5. Monitorización del estado nutricional del paciente.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO 11: Seguridad/Protección		CLASE 2: Lesión física		
<u>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA</u>	RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>ETIQUETA (PROBLEMA): Limpieza ineficaz de las vías aéreas. (00031)</p> <p>DEFINICIÓN: Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS: Vía aérea artificial. Retención de las secreciones. Secreciones o mucosidad excesiva por tubo endotraqueal y boca. Alteración del patrón respiratorio</p> <p>CARACTERISTICAS DEFINITORIAS: Sonidos respiratorios anormales. Cantidad excesiva de esputo. . broncoespasmo</p>	<p>Dominio 02: Salud fisiológica. CLASE: E Cardiopulmonar Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias (0410) Definición: Vías traqueobronquiales abiertas, despejadas y limpias para el intercambio del aire.</p> <p>DOMINIO 02: Salud fisiológica. CLASE E: Cardiopulmonar Respuesta de la ventilación mecánica (0411) Definición: Intercambio alveolar y perfusión tisular apoyados eficazmente mediante la ventilación.</p>	<p>41007 Ruidos respiratorios patológicos.</p> <p>41132 Secreciones respiratorias.</p> <p>41117 equilibrio de la perfusión de ventilación.</p>	<p>1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderadamente. 4. Leve. 5. Ninguna.</p> <p>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.</p>	<p>Mantener a: 1 Aumentar a: 3</p> <p>Mantener a: 1 Aumentar a: 3</p> <p>Mantener a: 2 Aumentar a: 4</p>

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA	
<p>INTERVENCIÓN NIC: Aspiración de la vía aérea. CÓDIGO: 3160</p>	<p>INTERVENCIÓN NIC: Manejo de la VMI. CÓDIGO: 3300</p>
<p>DEFINICIÓN: Extracción de secreciones de las vías aéreas mediante la introducción de una sonda de aspiración en la vía aérea oral, nasofaríngea o traqueal del paciente. CAMPO 2: Fisiológico: Complejo. CLASE K: Control respiratorio.</p>	<p>DEFINICIÓN: Ayudar al paciente a recibir soporte respiratorio artificial a través de un dispositivo insertado en la tráquea. CAMPO 2: Fisiológico: Complejo CLASE K: Control respiratorio.</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informar a la familia y al paciente sobre la aspiración importancia y beneficios. 2. Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. 3. Aspirar la nasofaringe con dispositivo de aspiración técnica cerrada, 4. Usar precauciones universales. 5. Hiperoxigenar con oxígeno al 100% durante 30 segundos mediante el ventilador mecánico. 6. Selección de sonda de aspiración estéril y desechable adecuada que sea la mitad de diámetro interior del tubo endotraqueal. 7. Monitorizar el estado de oxígeno, neurológico y hemodinámico inmediatamente antes, durante y después de la succión. 	<p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilar la eficacia de la ventilación mecánica sobre el estado fisiológico y psicológico del paciente. 2. Posición semifowler cabecera a 30 grados, con posición neutra estricta. 3. Vaciar agua condensada de los colectores de agua. 4. Realizar aspiraciones en función de la presencia de sonidos adventicios o aumento de las presiones inspiratorias. 5. Controlar la cantidad, color y consistencia de las secreciones pulmonares y documentar. 6. Documentar todas las respuestas del paciente al ventilador y cambios del ventilador.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:				
DOMINIO 11: Seguridad/Protección		CLASE 6: Termorregulación.		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>ETIQUETA (PROBLEMA): Termorregulación ineficaz. (00008)</p> <p>DEFINICIÓN: Fluctuación de la temperatura entre la hipotermia y la hipertermia.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS: Choque séptico Neumonía asociada a la ventilación mecánica. Urosepsis.</p> <p>CARACTERISTICAS DEFINITORIAS: Fluctuación de la temperatura corporal por encima y por debajo del rango normal. Escalofríos. Piloerección.</p>	<p>Dominio 02: Salud fisiológica. CLASE I: Regulación metabólica. Termorregulación (0800) Definición: Equilibrio entre la producción, la ganancia y la pérdida de calor.</p> <p>DOMINIO 02: Salud fisiológica. CLASE J: Neurocognitiva. Estado neurológico (0909) Definición: Capacidad del sistema nervioso central y periférico para recibir, procesar y responder a los estímulos externos e internos.</p>	<p>80019 Hipertermia.</p> <p>80020 Hipertermia.</p> <p>90908 Tamaño pupilar.</p> <p>90917 Presión sanguínea.</p>	<p>1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderadamente. 4. Leve. 5. Ninguna.</p> <p>1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.</p>	<p>Mantener a: 1 Aumentar a: 5</p> <p>Mantener a: 1 Aumentar a: 5</p> <p>Mantener a: 3 Aumentar a: 4</p> <p>Mantener a: 2 Aumentar a: 4</p>

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

<p>INTERVENCIÓN NIC: Regulación de la temperatura. CÓDIGO: 3900.</p>	<p>INTERVENCIÓN NIC: Monitorización neurológica. CÓDIGO: 2620.</p>
<p>DEFINICIÓN: Consecución y mantenimiento de una temperatura corporal dentro del margen normal. . CAMPO 2: Fisiológico: Complejo. CLASE M: Termorregulación.</p>	<p>DEFINICIÓN: Recogida y análisis de los datos del paciente para evitar o minimizar las complicaciones neurológicas. CAMPO 2: Fisiológico: Complejo. CLASE I: Control neurológico.</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorización de la temperatura cada hora. 2. Observar color y temperatura de la piel. 3. Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipo e hipertermia. 4. Utilizar medios físicos, como sábanas para cubrir o quitar según corresponda. 5. Ministración de medicamentos antipiréticos, como el paracetamol el cual tiene indicado si la temperatura es mayor a 38 grados y notificar al médico. 6. Favorecer la ingesta de líquidos y nutricional (1500 Kcal repartidas en 3 tomas SOG) adecuada. 	<p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comprobar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas. 2. Monitorizar los signos vitales: presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio cada hora. 3. Observar la respuesta a los medicamentos. 4. Vigilancia estrecha del estado respiratorio mediante: gasometrías arteriales, pulsioximetría, profundidad, patrón, frecuencia y esfuerzo. 5. Monitorización de la glucosa capilar cada 4 horas. 6. Notificar al médico los cambios en el estado del paciente.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA							
DOMINIO 03: Eliminación de intercambio			CLASE 01: Función urinaria				
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA			
<p>ETIQUETA (PROBLEMA): Deterioro de la eliminación urinaria. (00016)</p> <p>DEFINICIÓN: Disfunción de la eliminación urinaria.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS: Deterioro sensitivo motor, infección del tracto urinario.</p> <p>CARACTERISTICAS DEFINITORIAS: Disuria, disminución del gasto urinario 50ml x hora a expensas de diuréticos de ASA.</p>	<p>Dominio 02: Salud fisiológica. CLASE F: Eliminación.</p> <p>Eliminación urinaria (0503). Definición: Recogida y descarga de la orina.</p> <p>DOMINIO 02: Salud fisiológica. CLASE G: Líquidos y electrolitos.</p> <p>Hidratación (0602) Definición: Agua adecuada en los compartimentos intracelular y extracelular del organismo.</p>	<p>50301 Patrón de eliminación.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido. 	<p>Mantener a: 1 Aumentar a: 3</p>			
		<p>50303 cantidad de orina.</p>				<ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido. 	<p>Mantener a: 1 Aumentar a: 3</p>
		<p>60211 Diuresis.</p>					
	<p>60215 Ingesta de líquidos.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido. 	<p>Mantener a: 2 Aumentar a: 4</p>				

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

<p>INTERVENCIÓN NIC: Manejo de la eliminación urinaria. CÓDIGO: 0590</p> <p>DEFINICIÓN: Mantenimiento de un esquema de eliminación urinario óptimo. CAMPO 01: Fisiológico: Básico. CLASE B: Control de la eliminación.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorización de la eliminación urinaria: frecuencia, consistencia, olor, volumen y color. 2. Obtener muestras de orina para análisis de orina. 3. Vigilancia de cambios en los signos y síntomas que presenta. 4. Administración de diurético según indicación médica, utilizando los 10 correctos para la administración de medicamentos. 5. Vigilar signos, síntomas y valores de laboratorio antes y después de la administración de medicamentos. 6. Vigilar al paciente para determinar la necesidad de medicamentos a demanda. 7. Observar si se producen los efectos terapéuticos deseados. 8. Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacción de medicamentos. 	<p>INTERVENCIÓN NIC: Monitorización de líquidos. CÓDIGO: 4130</p> <p>DEFINICIÓN: Recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio de líquidos. CAMPO 2: Fisiológico: Complejo. CLASE N: Control de la perfusión tisular.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se identifican los factores de riesgo del desequilibrio de líquidos: sepsis, hipertermia, insuficiencia cardíaca y diarrea. 2. Identificación de síntomas de alteraciones de los líquidos: alteración del nivel de conciencia. 3. Monitorización y exploración del llenado capilar. 4. Monitorizar peso. 5. Monitorización de entrada y salida de líquidos: registro preciso. 6. Monitorización horaria de signos vitales: FC, FR, TA, TAM, Temperatura, cambios en el ritmo cardíaco. 7. Verificar problemas mecánicos de sonda como acodamiento o bloqueo.
---	--

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DOMINIO 03: Nutrición		CLASE 05: Hidratación		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>ETIQUETA (PROBLEMA): Exceso de volumen de líquidos. (00026)</p> <p>DEFINICIÓN: Aumento de la retención de líquidos isotónicos.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS: Mecanismo de regulación comprometida.</p> <p>CARACTERISTICAS DEFINITORIAS: Desequilibrio hidroelectrolítico, edema, oliguria, alteración de la densidad de la orina.</p>	<p>Dominio 02: Salud fisiológica.</p> <p>CLASE G: Líquidos y electrolitos.</p> <p>Equilibrio hídrico (0601). Definición: Equilibrio de agua en los compartimentos intracelulares y extracelulares del organismo.</p>	<p>60118 Electrolitos séricos.</p>	<p>1. Gravemente comprometido</p> <p>2. Sustancialmente comprometido.</p> <p>3. Moderadamente comprometido.</p> <p>4. Levemente comprometido.</p> <p>5. No comprometido.</p>	<p>Mantener a: 2</p> <p>Aumentar a: 4</p>
	<p>DOMINIO 02: Salud fisiológica.</p> <p>CLASE G: Líquidos y electrolitos.</p>	<p>60112 Edema periférico.</p>	<p>1. Grave.</p> <p>2. Sustancial.</p> <p>3. Moderadamente.</p> <p>4. Leve.</p> <p>5. Ninguna.</p>	<p>Mantener a: 1</p> <p>Aumentar a: 3</p>
	<p>Equilibrio electrolítico (0606) Definición: concentración de iones séricos necesarios para mantener el equilibrio de entre los electrolitos.</p>	<p>60601 Disminución del sodio sérico.</p>	<p>1. Desviación grave del rango normal.</p> <p>2. Desviación sustancial del rango normal.</p> <p>3. Desviación moderada del rango normal.</p> <p>4. Desviación leve del rango normal.</p> <p>5. Sin desviación del rango normal.</p>	<p>Mantener a: 2</p> <p>Aumentar a: 4</p>
		<p>60601 Disminución del potasio sérico.</p>	<p>Mantener a: 2</p> <p>Aumentar a: 4</p>	

PLAN DE ENFERMERÍA	
<p>INTERVENCIÓN NIC: Manejo de líquidos. CÓDIGO: 4120</p> <p>DEFINICIÓN: Mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales o no deseados. CAMPO 02: Fisiológico: Complejo. CLASE N: Control de la perfusión tisular.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pesar a diario y controlar la evolución. 2. Realizar registro preciso de entradas y salidas de líquidos. 3. Vigilancia del estado de hidratación: mucosas húmedas, pulso y TA. 4. Control de los resultados de laboratorio: BUN, hematocrito, osmolaridad. 5. Monitorización de estado hemodinámico: PAM, TA, FC, FR, Temperatura. 6. Vigilar aparición de signos de nuevos signos de sobrecarga de líquidos, o mejoría de los mismos. 7. Evaluar la extensión y ubicación del edema por turno. 8. Administración de diurético prescrito. 	<p>INTERVENCIÓN NIC: Manejo de electrolitos. CÓDIGO: 2000</p> <p>DEFINICIÓN: Fomento del equilibrio de electrolitos y prevención de complicaciones derivadas de niveles séricos de electrolitos anormales o indeseados. CAMPO 2: Fisiológico: Complejo. CLASE G: Control de electrolitos y acidobásico.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilancia de los electrolitos en sueros anormales. 2. Vigilancia de manifestaciones de desequilibrio electrolítico. 3. Obtener muestras de laboratorio para análisis de los niveles de electrolitos. 4. Brindar ambiente seguro al paciente para evitar accidentes debido a sus manifestaciones neurológicas y neuromusculares. 5. Monitorizar la respuesta del paciente a la terapia de medicamentos prescrita. 6. La paciente está bajo tratamiento de diuréticos por ello es importante la monitorización estrecha de los niveles de potasio.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DOMINIO 05: Percepción- Cognición		CLASE 04: Cognición		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA): Confusión aguda. (00128) DEFINICIÓN: Inicio brusco de alteraciones reversibles de la conciencia, atención, conocimiento y percepción que se desarrolla en un corto periodo de tiempo. FACTORES RELACIONADOS: Bajo el efecto farmacológico de sedantes asociados con delirio, edad 91 años. CARACTERISTICAS DEFINITORIAS: Alteración de la función cognitiva, nivel de conciencia, inquietud, ideas erróneas.	Dominio 02: Salud fisiológica. CLASE J: Neurocognitiva. Nivel del delirio (0916). Definición: Gravedad del trastorno de la conciencia y la cognición que se desarrolla durante un corto periodo de tiempo y que es reversible.	91601 Desorientación temporal. 91615 Inquietud. 91605 Deterioro cognitivo. 91606 Deterioro de la memoria. 91609 Dificultad para mantener la atención.	1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderadamente. 4. Leve. 5. Ninguna. 1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderadamente. 4. Leve. 5. Ninguna. 1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderadamente. 4. Leve. 5. Ninguna.	Mantener a: 2 Aumentar a: 3 Mantener a: 2 Aumentar a: 3 Mantener a: 2 Aumentar a: 3 Mantener a: 2 Aumentar a: 3

PLAN DE ENFERMERÍA	
<p>INTERVENCIÓN NIC: Manejo del delirium. CÓDIGO: 6440</p> <p>DEFINICIÓN: Disposición de un ambiente seguro y terapéutico para el paciente que experimenta un estado confusional agudo. CAMPO 04: Seguridad. CLASE V: Control de riesgos.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorización y vigilancia de saturación de oxígeno de la hemoglobina, así como los niveles de la misma. 2. Identificar, documentar y aumentar la vigilancia de la evaluación del delirio y el subtipo motor de delirium (Criterios Diagnósticos del Delirium DSM-IV-TR): Hipoactivo. 3. Ubicar en tiempo, lugar y persona a la paciente, responder al tono, en lugar de al contenido de la idea delirante esto como terapia para reducir o eliminar factores causantes del delirio. 4. Preparar al paciente para los cambios de rutina, de ambiente habituales o realización de algún procedimiento que se avecinan antes de que se produzcan. 5. Vigilancia de forma estrecha a la paciente en lugar de utilizar sujeción, e informar a los familiares cuando estén con ella de esta vigilancia y los beneficios. 6. Administrar medicamentos prescritos para la ansiedad o agitación, pero buscando limitar los que tengan efectos secundarios anticolinérgicos. 7. Se inicia con la reducción de la sedación, pero controlando el dolor con analgésicos según prescripción médica. 	<p>INTERVENCIÓN NIC: Disminución de la ansiedad. CÓDIGO: 5820</p> <p>DEFINICIÓN: Minimizar la aprensión, temor y presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto. CAMPO 03: Conductual. CLASE T: Fomento de la comodidad psicológica.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Utilizar enfoque sereno y calmado de seguridad. 2. Se establecen claramente las expectativas de comportamiento de la paciente. 3. Explicar los procedimientos incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento siempre. 4. Se acompaña a la paciente lo más posible, esto con el objetivo de promover la seguridad y reducir el miedo. 5. Se administran masajes en espalda, pies y se toma de la mano cada que se es posibles para reducir la ansiedad. 6. Identificar cambios en el nivel de ansiedad y observar signos verbales y no verbales de ansiedad.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO 11: Seguridad – Protección.		CLASE 02: Lesión física.		
<u>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA</u>	RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>ETIQUETA (PROBLEMA): Riesgo de shock. (00205)</p> <p>DEFINICIÓN: Vulnerable a un aporte sanguíneo inadecuado para los tejidos corporales que pueden conducir a una disfunción celular que constituya una amenaza para la vida, que pueda comprometer la salud.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS: Diagnóstico de sepsis más 3 parámetros positivos de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica: picos febriles, Pco2 bajo 31.9 mmHg Lactato sérico alto de 2.8 mmol/L, leucocitos 13.5 X 10³.</p>	<p>Dominio 02: Salud fisiológica.</p> <p>CLASE E: Cardiopulmonar.</p> <p>Severidad del shock séptico (0421).</p> <p>Definición: Gravedad de los signos y síntomas de un flujo sanguíneo inadecuado para la perfusión de los tejidos debido a una vasodilatación como resultado de la liberación de endotoxinas con una infección generalizada.</p>	<p>42111 Aumento de la temperatura corporal.</p> <p>42118 Disminución de la diuresis.</p> <p>42119 Ruidos intestinales hipoactivos.</p>	<p>1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderadamente. 4. Leve. 5. Ninguna</p> <p>1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderadamente. 4. Leve. 5. Ninguna</p> <p>1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderadamente. 4. Leve. 5. Ninguna</p>	<p>Mantener a: 1 Aumentar a: 3</p> <p>Mantener a: 1 Aumentar a: 3</p> <p>Mantener a: 1 Aumentar a: 3</p>

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA	
INTERVENCIÓN NIC: Prevención del shock	CÓDIGO: 4260
<p>DEFINICIÓN: Detección y tratamiento de un paciente con riesgo de shock inminente. CAMPO 02: Fisiológico: Complejo. CLASE N: Control de la perfusión tisular.</p>	
<p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se comprobar las respuestas precoces de compensación de shock: presión arterial normal, llenado capilar ligeramente retrasado, piel pálida. 2. Control de signos precoces de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica: se inicia tratamiento para el control de la temperatura corporal, y tratamiento con antibióticos. 3. Se inicia tratamiento para el control de la diuresis. 4. Vigilancia del estado circulatorio: PA, PAM, color y temperatura de la piel, ruidos cardiacos, pulsos periféricos y rellenado capilar. 5. Control de pulsioximetría. 6. Se vigila cada media hora la temperatura y el estado respiratorio. 7. Se realiza electrocardiograma de 12 derivaciones. 8. Control de peso, ingesta y la diuresis estricto 	<p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Control de peso, ingesta y la diuresis estricto. 10. Vigilancia continua de los resultados de laboratorios: Hb, Hct, tiempos de coagulación, gasometría arterial, niveles de lactato y electrolitos y cultivos. 11. Se pide que se vigile estrechamente por turno las evacuaciones y se reportan las consistencias, color, cantidad y frecuencia. 12. Monitorización y vigilancia del dolor abdominal. 13. Mantenimiento de la permeabilidad de las vías aéreas: con posicionamiento y aspiración gentil de secreciones. 14. Se inicia tratamiento antimicrobiano, monitorizando su eficacia. 15. Ministración de micronebulizaciones con bromuro de ipatropio y budesónida. 16. Control de glucemia cada 6 horas avisar al médico en caso de cifras fuera de rango. 17. Se instruye a la familia acerca de los factores desencadenantes del shock y el riesgo de este.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DOMINIO 04: Actividad –Reposo.		CLASE 04: Respuesta cardiovasculares- Pulmonares.		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA	RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>ETIQUETA (PROBLEMA): Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz. (00201)</p> <p>DEFINICIÓN: Vulnerable a una disminución de la circulación tisular cerebral, que puede comprometer la salud.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS: Anemia, tiempos de protrombina y tromboplastina alargados.</p>	<p>Dominio 02: Salud fisiológica.</p> <p>CLASE E: Cardiopulmonar.</p> <p>Perfusión tisular cerebral (0406).</p> <p>Definición: Adecuación del flujo sanguíneo a través de los vasos cerebrales para mantener la función cerebral.</p>	<p>42208 Flujo de sangre a través de la vascularización cerebral.</p> <p>42208 Flujo de sangre a través de los vasos periféricos.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Mantener a: 1 Aumentar a: 2</p> <p>Mantener a: 1 Aumentar a: 3</p>

PLAN DE ENFERMERÍA	
<p>INTERVENCIÓN NIC: Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa. CÓDIGO: 2550</p>	<p>INTERVENCIÓN NIC: Terapia intravenosa CÓDIGO: 4200</p>
<p>DEFINICIÓN: Mejora de la circulación venosa. CAMPO 02: Fisiológico: Complejo. CLASE N: Control de la perfusión tisular.</p>	<p>DEFINICIÓN: Administración y control de líquidos y fármacos por vía intravenosa. CAMPO 02: Fisiológico: Complejo. CLASE N: Control de la perfusión tisular.</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Valoración exhaustiva de la circulación periférica: relleno capilar, color y temperatura. 2. Terapia compresiva: vendaje compresivo a nivel de rodillas en extremidades inferiores. 3. Evaluar edemas y pulsos periféricos. 4. Mantener hidratación adecuada para disminuir la viscosidad de la sangre, con un control estricto de líquidos. 5. Cambios posturales cada 2 horas o según necesidad. 	<p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Seleccionar, verificar funcionamiento y preparar bomba de infusión. 2. Administrar líquidos a temperatura ambiente. 3. Vigilar el flujo intravenoso y el catéter venoso central durante la infusión. 4. Vigilar y observar la sobrecarga de líquidos y reacciones físicas. 5. Realizar curaciones del catéter venoso central y monitorizar datos de infección. 6. Registrar los ingresos y las pérdidas de manera correcta y estricta.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DOMINIO 11: Seguridad – Protección		CLASE 02: Lesión física.		
<u>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA</u>	RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>ETIQUETA (PROBLEMA): Riesgo de lesión por presión (00249).</p> <p>DEFINICIÓN: Vulnerable a una lesión localizada de la piel y-o capas inferiores del tejido epitelial, generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión o de presión combinada con cizallamiento.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS: Puntuación de escala Braden de 9(nutrición, sensibilidad, movilidad,) deterioro de la circulación bajo sedación, con apoyo de inotrópicos, anemia, antecedente de lesión por presión, edema, deterioro cognitivo, sobrepeso, fractura de cadera, edad avanzada, sexo femenino.</p>	<p>Dominio 02: Salud fisiológica.</p> <p>CLASE L: Integridad tisular.</p> <p>Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101).</p> <p>Definición: Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.</p>	<p>110113 Integridad de la piel.</p> <p>110101 Temperatura de la piel.</p> <p>110102 Sensibilidad.</p> <p>110105 Pigmentación de la piel.</p>	<p>1. Gravemente comprometido</p> <p>2. Sustancialmente comprometido.</p> <p>3. Moderadamente comprometido.</p> <p>4. Levemente comprometido.</p> <p>5. No comprometido.</p> <p>1. Grave.</p> <p>2. Sustancial.</p> <p>3. Moderadamente.</p> <p>4. Leve.</p> <p>5. Ninguna</p>	<p>Mantener a: 3 Aumentar a: 5</p> <p>Mantener a: 3 Aumentar a: 5</p> <p>Mantener a: 2 Aumentar a: 5</p> <p>Mantener a: 3 Aumentar a: 5</p>

PLAN DE ENFERMERÍA

<p>INTERVENCIÓN NIC: Manejo de presiones. CÓDIGO: 3500</p>	<p>INTERVENCIÓN NIC: Vigilancia de la piel. CÓDIGO: 3590</p>
<p>DEFINICIÓN: Minimizar la presión sobre las partes corporales. CAMPO 02: Fisiológico: Complejo. CLASE L: Control de piel- heridas.</p>	<p>DEFINICIÓN: Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las mucosas. CAMPO 02: Fisiológico: Complejo. CLASE L: Control de piel- heridas.</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se utiliza colchón-cama terapéutica. 2. No aplicar presión en la parte corporal sensible. 3. Realizar cambios posturales cada 2 horas. 4. Uso de aditamentos de espuma en zona de presión. 5. Mantener al paciente en posición fisiológica. 6. Movilizar al paciente evitando arrastre que produce fricción y los movimientos de cizallamiento. 7. Mantener la cama lo más horizontal posible, siempre que no esté contraindicado. 8. En decúbito lateral, no excederse el ángulo de 30 grados de inclinación. 9. Vigilar el estado nutricional de la paciente. 10. Valoración de riesgo con escala Braden por lo menos una vez por turno. . . 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema en la piel y las mucosas. 2. Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades. 3. Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas. 4. Vigilar la aparición de excesiva sequedad o humedad de la piel. 5. Documentar cambios en la piel y mucosas. 6. Ministración de ácidos grasos hiperoxigenados en zonas con mayor riesgo y crema en todo el cuerpo para ayudar en la hidratación.

11.-PLAN DE ALTA

Recomendaciones específicas:

Monitoreo estado respiratorio: secuelas

Monitoreo de rigidez articular por la larga estancia hospitalaria (encamada)

Manejo del dolor crónico; es una secuelas de pacientes hospitalizados den área de terapia intensiva.

Valoración del déficit nutricional por la pérdida de peso, masa muscular y deficiencia de nutrientes por la larga estancia hospitalaria.

Reconocimiento de los trastornos psíquicos; como depresión, ansiedad, temor, etc.

Derivación a especialistas; Neumología Medicina interna, Urología, Nutrición, Trauma y Ortopedia, rehabilitación y psicología.

Recomendaciones generales

- Mantenerse alejada de personas enfermas.
- Administrar todos los medicamentos en los horarios y dosis establecidas por el médico.
- Cuidar la alimentación del enfermo.
- Vigilar la temperatura de la persona enferma.
- Mantener limpias las heridas: lavado con agua y jabón. Secar bien la herida evitara procesos infecciosos.
- Respete dosis y frecuencia de sus medicamentos.
- Asista a todas sus citas de rehabilitación: preventiva, de soporte, restaurativa o paliativa.
- Asista a sus citas indicadas con las diferentes especialidades.

Sistema respiratorio:

Usted todavía tendrá síntomas de neumonía después de salir del hospital, la tos irá mejorando lentamente en un período de 7 a 14 días.

El sueño y la alimentación pueden demorar hasta una semana en volver a la normalidad, su nivel de energía puede tardar dos semanas o más en retornar a la normalidad.

Reposo relativo en casa: es posible que por un tiempo no pueda hacer otras actividades a las que está acostumbrado.

Respirar aire húmedo y caliente ayuda a aflojar la mucosidad pegajosa que puede hacerlo sentir como si se estuviera asfixiando. Otras medidas que también pueden ayudar incluyen: colocar un trozo de tela húmedo y caliente sin apretar sobre la nariz y la boca. Llenar un humidificador con agua caliente e inhalar el vapor caliente.

Toser ayuda a despejar las vías respiratorias. Respire con profundidad de 2 a 3 veces cada hora. Estas respiraciones le ayudarán a abrir sus pulmones, mientras está acostado, dese palmas suaves en el pecho suavemente unas cuantas veces al día. Esto ayuda a sacar el moco de los pulmones. Tome suficiente líquido.

No fumar y no permanecer cerca de personas fumadoras, no alcohol.

El uso del oxígeno en la casa:

El médico puede recetarle oxígeno para usarlo en casa. El oxígeno le ayuda a respirar mejor, nunca cambie la cantidad de oxígeno que está prescrito. Tenga siempre una reserva de oxígeno en el hogar o consigo cuando salga.

Se le asesorara en el uso y manejo del tanque de oxígeno y sus precauciones, además de proporcionar números de emergencia.

Nutrición:

La alimentación puede ser libre, aunque se recomienda que sea rica y variada en fruta y verdura ya que evitará el estreñimiento y aportará las vitaminas necesarias. Los alimentos ricos en proteínas ayudan en el proceso de cicatrización de las heridas. Tomará una dieta variada y equilibrada en la que no deben faltar carnes, pescados, huevos, frutas, verduras y pastas. Los alimentos los tomará triturados (en puré) o enteros según lo que tolere. El sobrepeso puede retrasar la cicatrización de las heridas, por ello es tan importante una buena alimentación.

Consultar a un médico si presenta:

- Fiebre mayor de 38° C durante 6 horas o más.
- Temperatura por debajo de 36,1° C.
- Falta de apetito.
- Dificultad para respirar, es más rápida o lenta que antes. Si su respiración es superficial Necesita inclinarse hacia adelante al sentarse para respirar con más facilidad, tiene dolor torácico cuando toma una respiración profunda.
- Está expectorando moco oscuro o sangre.
- Pérdida de peso.
- Dolor o distensión abdominal con fiebre.
- Vómitos.
- Diarrea.
- Labios, uñas y piel azuladas.
- Color amarillento en los ojos.
- Está teniendo dolores de cabeza con más frecuencia de lo habitual.
- Se siente somnoliento o confundido.

12.-CONCLUSIÓN DEL CASO.

Fecha: 09 de Septiembre del 2019

Hora: 02:10

La paciente inicia con bradicardia secundaria a decanulación de cánula de traqueotomía colocada el día viernes 06 de septiembre. Llevándola a paro cardio-respiratorio.

Se inicia reanimación cardiopulmonar durante 20 minutos se ministran 3 dosis de adrenalina 1 mg a las 02: 15, 02: 20, 02:25 se realiza intubación orotraqueal 02:12 con cánula de 7.5 en un lapso de 2-3 minutos inicia ventilación mecánica controlada, sin observar mejoría en oxigenación y ventilación del paciente.

Se declara muerte a las 02:35 AM.

Durante su estancia en la UCI se le brindaron los cuidados de enfermería enfocados al mejoramiento, prevención y alivio del dolor u otros problemas de orden físico, psicosocial o espiritual derivado de sus patologías, así como ofertarle una mejor calidad de vida durante su estancia hospitalaria.

Desgraciadamente su pronóstico era reservado y su probabilidad de muerte alta.

13.-ANEXOS

DIAGNÓSTICOS

RESULTADO DE ESTUDIOS DE LOS SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

NO SE SOLICITAN EN EL TURNO

DIAGNOSTICOS		
DIAGNOSTICO	CÓDIGO CIE 10	DIAGNOSTICO CIE 10
NEUMONIA	J18.9	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA

PLAN DE TRATAMIENTO E INDICACIONES MEDICAS

EN NOTA DE INDICACIONES CORRESPONDIENTE

RESULTADO DE ESTUDIOS DE LOS SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

DIAGNOSTICOS		
DIAGNOSTICO	CÓDIGO CIE 10	DIAGNOSTICO CIE 10
SEPSIS	A41.9	SEPTISEMIA
UROSEPSIS	N39.0	UROSEPSIS

LABORATORIOS

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra		Registro: N°	Orden:
		376682/2019/O/1928	1122470081
		Sexo: Femenino	Fecha: 04/09/2019 09:56 AM
		Edad: 91 años	Procedencia: HOSPITALIZACION
Gasometria			
Prueba	Resultado	Unidad	Valores de Referencia
GASOMETRÍA VENOSA			
FIO2	45	%	
TEMPERATURA CORREGIDA	36.8	mL/dL	
pH CORREGIDO	7.49	mL/dL	
PCO2 CORREGIDO	34.2	mL/dL	
PO2 CORREGIDO	65.9	mL/dL	
pH	7.48		
PCO2	34.5	mmHg	Alto 7.31 - 7.41
PO2	66.8	mmHg	Bajo 41 - 51
BICARBONATO	25.9	mmol/L	31 - 69
EXCESO DE BASE (ABE)	2.5	mmol/L	18 - 30
SATURACION DE O2	94.4	%	-7 - 3.3
HEMOGLOBINA	8.9	g/dL	Alto 58 - 81
HEMATOCRITO	27.4	%	Bajo 12 - 16
CALCIO IONIZADO	1.06	mg/dL	Bajo 38.3 - 46.7
GLUCOSA	120	mg/dL	Bajo 4.36 - 5.2
LACTATO	1.6	mmol/L	Alto 70 - 99
SODIO	147	mmol/L	0.5 - 1.6
POTASIO	3.1	mmol/L	Alto 136 - 146
OSMOLARIDAD	301	mOsm/Kg	Bajo 3.4 - 4.5
			Alto 275 - 295

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra		Registro: N°	Orden:
		376682/2019/O/1928	1122480056
		Sexo: Femenino	Fecha: 05/09/2019 08:24 AM
		Edad: 91 años	Procedencia: HOSPITALIZACION
Gasometria			
Prueba	Resultado	Unidad	Valores de Referencia
GASOMETRÍA VENOSA			
FIO2	40	%	
TEMPERATURA CORREGIDA	37	mL/dL	
pH CORREGIDO	7.52	mL/dL	
PCO2 CORREGIDO	31.9	mL/dL	
PO2 CORREGIDO	36.6	mL/dL	
pH	7.52		Alto 7.31 - 7.41
PCO2	31.9	mmHg	Bajo 41 - 51
PO2	36.6	mmHg	31 - 69
BICARBONATO	26.3	mmol/L	18 - 30
EXCESO DE BASE (ABE)	3.4	mmol/L	Alto -7 - 3.3
SATURACION DE O2	73.4	%	58 - 81
HEMOGLOBINA	7	g/dL	Bajo 12 - 16
HEMATOCRITO	21.4	%	Bajo 38.3 - 46.7
CALCIO IONIZADO	0.91	mg/dL	Bajo 4.36 - 5.2
GLUCOSA	56	mg/dL	Bajo 70 - 99
LACTATO	2.8	mmol/L	Alto 0.5 - 1.6
SODIO	149	mmol/L	Alto 136 - 146
POTASIO	2.4	mmol/L	Bajo 3.4 - 4.5
OSMOLARIDAD	302	mOsm/Kg	Alto 275 - 295

FOTOS



Guía de valoración con el referente de la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem.

Instrucciones: Por favor, marque con una x en los paréntesis que corresponda y llene los espacios de acuerdo con las respuestas que la persona le otorgue y/o lo que usted perciba y observe según sea el caso.

I. FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

a. Descriptivos de la persona

Fecha _____ Nombre: _____ Sexo: Masc. () Fem. () Edad _____

Religión _____ Edo. Civil: _____ Escolaridad _____

Lugar de residencia _____ Domicilio actual (calle, número, colonia):

Características de la vivienda

Renta _____ Propia _____ Otros _____

Material de Construcción

Adobe _____ Ladrillo _____ Otros _____

Cuenta con los servicios básicos de vivienda

Agua potable _____ Luz eléctrica _____

Drenaje _____ Pavimentación _____

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios básicos:

Alumbramiento público ()

Recolección de basura ()

Drenaje y alcantarillado ()

Rol que ocupa en la familia:

Madre () Madre () Hijo () Esposa/o ()

Número de hijos: 0 () 1 () 2 () 3 () Más de 3 ()

Relación con la familia:

Buena ()

Regular ()

Mala ()

Nivel de educación:

Analfabeta ()

Primaria ()

Secundaria ()

Bachillerato ()

Licenciatura ()

Otros ()

Ocupación _____ Horario _____

Antecedentes laborales: _____

Ingreso Económico Familiar _____

Menos de 1 Salario mínimo ()

1-2 S m ()

Más de 3 S m ()

Dependencia económica:

Si ()

No ()

De quien: Padres () Esposo/ a () Otros () _____

b. Patrón de vida

¿Qué actividades recreativas realiza en su tiempo libre?

Sociales ()

Culturales ()

Deportivas ()

Religiosas () Otras _____

¿Qué hace usted para cuidar su salud?

c. Estado de sistema de salud

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno ()

Regular ()

Deficiente ()

¿A qué servicio de salud acude usted regularmente?

IMSS ()

ISSSTE ()

Secretaría de Salud ()

Particular ()

Otros _____

Diagnóstico médico _____

Estado de salud:

Grave ()

Delicado ()

Estable ()

Valoración de la existencia de recursos disponibles para la atención del cliente _____

d. Estado de desarrollo

¿Tiene la capacidad de tomar decisiones respecto a su tratamiento médico?

Si ()

No ()

¿Cuáles son los factores que afectan la toma de decisiones?

¿Quién autoriza su tratamiento médico? _____

II. REQUISITOS DE AUTO CUIDADO UNIVERSALES

a. Mantenimiento del aporte suficiente de aire

Frecuencia respiratoria _____ Llenado capilar: _____

Cianosis: Si () No () Especifique: _____

Tabaquismo: Si () No () Especifique: _____

Cocina con leña: Si () No () Especifique: _____

Alergias: Si () No () Especifique _____

Tipo de Respiración:

Normal () Disnea () Bradipnea () Polipnea ()

Otros _____

Nariz :

Desviación de tabique () Pólipos () Secreciones ()

Dolor () Edema () Otros _____

Tórax :

En Tonal () En quilla () En embudo () Otros _____

Ruidos respiratorios:

Estertores () Sibilancias () Murmullo vesicular ()

Padece alguna enfermedad pulmonar: Si () No ()

Especifique _____

Cardiovascular:

T/A _____ FC _____ Soplos () Arritmias ()

Otras alteraciones _____

Al realizar algún esfuerzo físico, presenta disnea: Si () No () Apoyo Ventilatorio: Si () No () Especifique _____

b. Mantenimiento de aporte de agua suficiente

Valore datos de deshidratación

Mucosa oral: Seca () Hidratada ()

Piel: Seca () Escamosa () Normal ()

Turgencia: Normal () Escasa ()

¿Qué cantidad de agua ingiere usted al día?

300-500 ml () 500-1000ml ()

1500- 2000 ml () Más de 2000ml ()

¿De donde proviene el agua que consume?

Llave pública () Pila () Entubada () Garrafón ()

Otros: _____

¿Utiliza algún método para purificar el agua? Si () No ()

Especifique _____

Ingiere algún otro tipo de líquido durante el día

Si () No ()

Especifique cantidad _____

Aporte de líquidos parenterales:

Especifique _____

c. Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos.

Peso _____ Talla _____ IMC _____ Cintura _____

Ha observado variaciones en el peso.

Si () No ()

Pérdida () Ganancia ()

1-3 kg () 4-6 kg () 7-9 kg () más de 10 kg ()

Dentadura:

Completa () Faltan piezas ()

Prótesis fija () Prótesis extraíble ()

Especifique _____

Estado de las mucosas:

Presenta algún problema en la mucosa oral.

Si () No () Especifique _____

Lengua en tónica () Estomatitis () Xerostomía ()

Tumor oral () Leucoplaquia () Edema () Lesión oral ()

Drenaje purulento () Gingivorragia () Ulceraciones ()

Otros _____

Alteraciones en cara y cuello: _____

Abdomen:

Peristaltismo: Ausencia () Disminuido ()

Aumentado () Normal ()

Distensión abdominal ()

Otros _____

Presenta algún problema en la alimentación: Si () No ()

¿Cuál? Acidez () Náuseas () Vómito () Hematemesis () Disfagia ()
Pirosis () Regurgitación () Polidipsia ()

Polifagia () Bulimia () Anorexia () Reflujo ()

Sialorrea () Saciedad () Eructos ()

Otros _____

¿Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse?

Si () No () Especifique _____

Tipo de nutrición: Oral ()

Sonda Nasogástrica () Sonda Nasoyeyunal ()

Gastroclisis () Nutrición parenteral ()

¿Que tan frecuente usted come....?

1= cada día 2 = una vez a la semana 3 = una vez al mes 4 = nunca

Leche = Deriv.de la leche= Carnes = Cereales=

Verduras= Frutas=

Huevos = Pescado= Pastas y harinas=

¿Con qué guisa los alimentos?

Aceite () Manteca ()

Otros _____

¿Cómo es su dieta? Sin restricciones () Para diabético () Hiposódica ()

Hipoprotéica () Hiperprotéica () Otros _____

d. Provisión de los cuidados asociados al proceso de eliminación y los excrementos.

Grupo de evacuación intestinal

Presencia de:

Estoma intestinal () Colostomía () Ileostomía ()
Hemorroides () Pólipo rectal () Rectorragia ()
Otros _____

Apoyo para la eliminación intestinal: Si () No ()

Movilización () Medicación () Higiene ()
Otros _____

Evacuación intestinal.

Espontánea () Estreñimiento ()
Diarrea () otros _____

Características de las Heces fecales.

Café () Acolia () Melena () Otros _____

Consistencia de las Heces fecales.

Pastosa () Semipastosa () Líquida () Semilíquida () Dura ()

Grupo de la eliminación vesical.

Presencia de:

Incontinencia () Retención urinaria () Tenesmo ()
Disuria () Alteraciones uretero-vesicales () Otro: _____

Alteración en la micción: Si () No ()

Ámbar () Coluria () Hematuria () Turbia ()
Otros _____

Grupo Transpiración.

Cambio en los patrones normales de sudoración.

Disminuida () Ausente () Aumentada ()

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal _____ Dolor ()

Alteraciones emocionales () Temperatura ambiental ()

Otros: _____

Grupo menstruación.

Menarca _____ Días del ciclo menstrual _____

Tipo, cantidad y características del flujo: _____ Presenta
algún problema durante su menstruación

Si () No () Ocasional () Especifique _____

e. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Reposo

¿Cuántas horas duerme habitualmente?

Menor de 6 horas () 6- 8 horas () Más de 10 horas ()

¿Cómo se encuentra al despertarse?

Cansado () Descansado () Fatigado () Otros ()

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?

Si () No ()

¿Ha sufrido algún cambio su patrón de sueño?

Si () No () Desde cuando:
1 semana () 15 días () 1 mes () Más de un mes ()

Presencia de:

Bostezo () Insomnio () Hipersomnia () Pesadillas ()
Alucinaciones () Ojeras () Ronquido () Enuresis ()
Sonambulismo () Terrores nocturnos ()

Factores que interrumpan su descanso y sueño _____

¿Acostumbra a tomar siestas? Si () No ()

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño?

Si () No () Especifique _____

Actividad

Sistema músculo esquelético.

Presencia en articulaciones de:

Dolor () Rigidez () Inflamación () Limitaciones ()
Contracturas () Especifique _____

Tratamiento _____

¿Alguna actividad física le produce dolor?

Si () No () Especifique _____

¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si () No () Especifique _____

Frecuencia/ duración _____

f. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción.

Sistema auditivo

¿Presenta problemas de audición?

Si () No () Especifique _____

Utiliza apoyo para escuchar.

Si () No () Especifique _____

Presencia de: Mareo () Vértigo () Acúfenos () Malformaciones ()

Tumoraciones () Lesiones ()

Sistema ocular

¿Presenta problemas visuales?

Si () No () Especifique _____

¿Utiliza lentes? Si () No () Armazón () Contacto ()

Tiempo _____

Presencia de alteraciones oculares.

Si () No () Especifique _____

¿Con quienes convive diariamente?

Familia () Amigos () Compañeros de trabajo ()

¿Cómo considera sus relaciones con las personas con las que convive?

Buena () Regular () Mala ()

¿A quién recurre para platicar de sus problemas?

Familia () Amigos () Nadie () Otros _____

Observar: Seguridad () Timidez () Introversión () Apatía ()

Extraversión () Otros _____

Razones que le impiden socializar:

Lejanía () Enfermedad () Rechazo () Miedo ()

Dificultad para la comunicación () Otros _____

g. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Sistema neurológico.

Estado de conciencia:

Consciente () Inconsciente () Sopor ()

Estupor () Confusión () Coma ()

Glasgow_____

Problemas de:

Concentración () Razonamiento () Especificar_____

¿Utiliza algún dispositivo de ayuda para realizar la de ambulación?

Bastón () Silla de ruedas () Andador () Otros_____

Antecedentes heredo familiares / patológicos:

Si () No () Especifique _____

Toxicomanías:

Si () No () Especifique _____

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia?

Si () No () Especifique _____

h. Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y deseo de ser normal.

¿Se acepta en su aspecto físico?

Si () No () Especifique _____

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad?

Si () No () Especifique _____

¿Necesita ayuda para realizar las actividades para satisfacer las necesidades básicas? Si
() No () Especifique _____

¿Considera que su vida es o ha sido productiva?

Si () No () Especifique _____

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales?

Si () No ()

Depresión () Ansiedad () Vergüenza () Temor ()

Desesperanza () Negatividad () Tristeza ()

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante?

Negación () Inadaptación () Irritabilidad ()

Culpa () Agresión () Cólera ()

III. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

a) Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo.

1. Etapa del ciclo vital.

¿Recuerda usted algún problema o aspecto relevante referente a su salud en alguna de las siguientes etapas de su vida?

Niñez Si () No () Especifique _____

Edad escolar Si () No () Especifique _____

Adolescente Si () No () Especifique _____

Adulto joven Si () No () Especifique _____

Edad fértil Si () No () Especifique _____

Adulto maduro Si () No () Especifique _____

2. Salud sexual.

Sistema reproductor

¿Ha recibido educación sexual?

Si () No () Especifique_____

¿Cuál es su orientación sexual?_____

Inicio de Vida Sexual Activa: Si () No () Especifique_____

Número de parejas sexuales_____

¿Está satisfecho con su vida sexual?

Si () No () Porque _____

¿Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales?

Si () No () Especifique_____

¿Utiliza algún método de planificación familiar?

Si () No () Especifique / tiempo_____

Número de hijos: _____

¿Tiene problemas de infertilidad?

Si () No () Especifique_____

Causa / tratamiento _____

¿Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual?

Si () No () Especifique_____

Tratamiento _____

Cirugías realizadas en Aparato reproductor

Si () No () Especifique_____

Hombre:

¿Acude a examen de próstata/testicular?

Si () No () Especifique_____

¿Presenta problemas de erección?

Si () No () Especifique _____

¿Presenta problemas de eyaculación precoz?

Si () No () Especifique/Tratamiento _____

Mujer:

Menarca: _____ Días del ciclo menstrual _____

Tipo, cantidad y características del flujo. _____

Presenta algún problema durante su menstruación

Si () No () Especifique _____

Embarazos _____ Partos _____ Cesárea _____ Abortos _____

Óbitos _____ Partos prematuros _____

Embarazos de alto riesgo _____ Periodo intergenésico: _____

Menopausia _____ Fecha de último Papanicolaou _____

Presencia de flujo/ hemorragia transvaginal:

Si () No () Especifique _____

¿Existe alteración del crecimiento físico?

Si () No () Especifique _____

IV. REQUISITOS DE DESVIACION DE LA SALUD

¿Con qué frecuencia se realiza usted chequeos generales de salud?

4- 6 meses () 6- 12 meses () más de 12 meses ()

No se realiza () Especifique _____

¿Sabe usted de su enfermedad? _____

Cuándo hay campañas de salud orientadas a la detección oportuna de enfermedades, ¿usted acude?

Si () No ()

En caso de déficit o incapacidad física, ¿cuál es su sentimiento respecto a su situación? _____

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación?

Si () No () Especifique _____

¿Identifica algún obstáculo que le impida continuar o llevar a cabo los cuidados para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación?

Ambientales () Familiares () Personales ()

Especifique _____

Observaciones:

14.-Referencias

(s.f.).

- Brian C. Peach, M. G. (19 de Febrero de 2016). *Risk Factors for Urosepsis in Older Adults: A Systematic Review. Gerontology and Geriatric Medicine*. Obtenido de Risk Factors for Urosepsis in Older Adults: A Systematic Review. Gerontology and Geriatric Medicine: <https://doi.org/10.1177/2333721416638980>
- Chávez, O. R. (2011). Proceso de Enfermería aplicado a Paciente con evento vascular cerebral. *Desarrollo Cientif Enfermeria* , 97-101.
- Dreger, N. M.-N. (2015). Dreger, N. M., Degener, S., Ahmad-Nejad, P., Wöbker, Urosepsis--Etiology, Diagnosis, and Treatment. *Deutsches Arzteblatt international*, 837-848. Obtenido de [doi:10.3238/arztebl.2015.0837](https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0837)
- Guía de practicas clinicas . (2017). Diagnóstico y Tratamiento temprano de la enfermedad vascular isquemica segundo y tercer nivel. Mexico .
- K.Howard, B. (2019). *Clasificacion de intervecciones de enfermeria NIC*. Madrid España: Elsevier.
- Mainieri-Hidalgo, J. A. (01 de 10 de 2011). *Prevenir la enfermedad es la mejor estrategia para mejorar la salud*. Obtenido de Acta Médica Costarricense: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022011
- Nanda . (2018). *Diagnosticos enfermeros*. Madrid España : Elseiver.
- Naranjo Hernández, Y. C. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. . *SCIELO*, 89-100.
- Nunes T, R. L. (2008). Características de los accidentes cerebrovasculares (ACV) en niños. *Pediatr. (Asunción)*, 18-23.
- Rebellón Sánchez, D. P. (2 de Abril de 2015). *Perspectiva sobre el perfil microbiológico de las neumonías asociadas a ventilación mecánica en hospitales de alta complejidad en Latinoamérica. Horizonte Médico (Lima)*. Obtenido de Perspectiva sobre el perfil microbiológico de las neumonías asociadas a ventilación mecánica en hospitales de alta complejidad en Latinoamérica. Horizonte Médico (Lima): http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2015000200009&lng=es&tlng=es
- Rocio Aragonés Manzanares, J. P. (2016). *Cuidados Intensivos: atencion integral del paciente critico*. Madrid España: Panamericana.
- Singer M, D. C. (2016). Singer M, DeutschmaThe Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*, 801-810.
- Sue, M. (2019). *Clasificacion de resultados de enfermeria NOC* . Madrid España : Elseiver.
- Villamón Nevot, M. J. (02 de Abril de 2015). *Evaluación del cumplimiento de un protocolo de prevención de Neumonía asociada a Ventilación mecánica en una UCI polivalente. Enfermería Global*. Obtenido de Evaluación del cumplimiento de un protocolo de prevención de Neumonía asociada a Ventilación mecánica en una UCI polivalente. Enfermería Global: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000200005&lng=es&tlng=es.

Vitor, A. F. (2010). Teoría del déficit del cuidado propio: análisis de su importancia y aplicabilidad en la práctica de la enfermería. *SCIELO*, 611-616. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.15>