



**Universidad Autónoma de Guerrero**

**Facultad de Enfermería No. 2**



[www.uagro.mx](http://www.uagro.mx)

**Especialidad en Cuidados Intensivos**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUERRERO**

**Posgrado de Enfermería**

**Especialidad en Cuidados Intensivos**

**Generación 2019-2020**

**Trabajo de investigación:**

**«Proceso atención Enfermería en paciente con choque séptico  
de origen pulmonar»**

**Para Obtener El Diploma De La Especialidad de  
Enfermería En Cuidados Intensivos**

Presenta:

Alumno: Lic. Enfria. Abraham Herrera Gómez

**Director de trabajo de investigación interna:** Dra. Norma Angélica Bernal Pérez Tejada

**Asesor de trabajo de investigación interna:** Dra. María Leticia Abarca Gutiérrez

**Línea de generación:** »calidad de los procesos del cuidado intensivo al paciente en estado crítico«

**Grupo Disciplinar:** Gestión y Docencia en Enfermería

**Fecha:** Julio 2020



## I. INDICE

II.	INDICE -----	2
III.	INTRODUCCION -----	3
IV.	JUSTIFICACION -----	4
V.	OBJETIVOS -----	5
VI.	METODOLOGIA -----	6
VII.	MARCO TEORICO -----	8
	6.1 Enfermería como profesión disciplinaria -----	9
	6.2 El cuidado como objeto de estudio-----	9
	6.3 Proceso atención enfermería-----	10
	6.4 Modelo teórico utilizado para la elaboración del PAE -----	10
	6.5 Elementos fundamentales del modelo utilizado-----	11
	6.6 patología en estudio -----	12
VIII.	RESUMEN DEL CASO CLINICO -----	16
IX.	DESARROLLO DEL PROCESO ATENCION ENFERMERIA	
	8.1 Valoración clínica del sujeto de cuidado -----	20
	8.2 Diagnósticos de enfermería según el caso -----	37
	8.3 Planificación de intervenciones -----	38
	8.4 Ejecución de intervenciones -----	40
	8.5 Evaluación -----	48
X.	PLAN DE ALTA -----	48
XI.	CONCLUSIONES -----	48
XII.	BIBLIOGRAFIA -----	50



## II.INTRODUCCION

El Proceso de Atención de Enfermería es un sistema de planificación y una herramienta importante en la ejecución de los cuidados de enfermería por medio del cual se obtienen datos indispensables para la realización de estos cuidados, se encuentra compuesto de cinco pasos que son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación; cuenta con un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Es un juicio clínico, en donde se interpreta y analiza una serie de observaciones y es capaz de proponer un plan de acción al respecto.

En el siguiente trabajo se aborda la eficacia de los cuidados del personal de enfermería, sobre una paciente diagnosticada con choque séptico y sus problemas reales de salud, de este método concentraremos la atención del personal de enfermería, en brindar las intervenciones adecuadas, acorde a los problemas que se presentan y para poder realizar esto se establecieron y evaluaron planes de cuidados para enfrentar los problemas de salud detectados, utilizando como método el proceso atención enfermería

La importancia de este trabajo recae en poderle brindar un cuidado integral y holístico al paciente mediante el proceso atención enfermería



### III. JUSTIFICACION

El shock séptico es la manifestación más grave de una infección. Esta se produce como consecuencia de una respuesta inflamatoria sistémica severa que lleva a un colapso cardiovascular y/o micro circulatorio, y a hipo perfusión tisular.

La hipo perfusión constituye el elemento central que define la condición de shock y esta debe ser detectada y revertida en forma urgente desde la atención inicial. La evaluación de la perfusión periférica, la diuresis, y la medición del lactato y de la saturación venosa central, son las principales herramientas para evaluar la perfusión sistémica.

La reanimación debe comenzar en forma inmediata con la administración agresiva de fluidos, la cual puede ser guiada por parámetros dinámicos de respuesta a fluidos, y continuada hasta normalizar u optimizar las metas de perfusión. (Bruhn, 2011)

Debido a que la sepsis y el choque séptico son la principal causa de morbilidad y mortalidad en pacientes admitidos en una unidad de cuidados intensivos, es necesario estandarizar las actividades de enfermería, diagnóstico, y tratamiento en servicios de hospitalización y unidades de medicina crítica, con base en la mejor evidencia científica disponible, para mejorar la calidad de la atención y la sobrevivencia de estos pacientes.

El propósito de las intervenciones de enfermería es reconocer la problemática que rodea al paciente, elaborar los diagnósticos de enfermería y priorizarlos de acuerdo a cómo comprometen la integridad del paciente así como gestionar dichas intervenciones y su aplicación para la mejora de la calidad de vida de los individuos.

Actualmente, el tratamiento de la sepsis grave y del shock séptico lo podemos dividir en control de la infección, estabilización hemodinámica, tratamiento específico de la disfunción orgánica, modulación de la respuesta inflamatoria y tratamiento de la disfunción hormonal. (Sanchez, 2006).



## IV. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

### 4.1 Objetivo General

Brindar un cuidado integral al paciente en estado crítico con diagnóstico de choque séptico mediante el proceso atención enfermería.

### 4.2 Objetivos específicos

- Recolectar y validar la información del paciente para la realización del PAE mediante los 11 patrones de Mary Gordon.
- Realizar los diagnósticos de enfermería en cuanto a la problemática del paciente con la taxonomía NANDA, NOC, NIC.
- Dirigir y establecer intervenciones y cuidados de alta especialidad al individuo con choque séptico mediante el PAE.
- Aumentar el pronóstico de vida del paciente con choque séptico mediante el plan de cuidados.
- Brindar un tratamiento holístico e integral basado en los problemas reales, potenciales y en las necesidades actuales del paciente.
- Evaluar el resultado de las intervenciones y comprobar su efectividad.



## V. METODOLOGIA

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” , es por esto que el Proceso de Enfermería se convierte en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional de Enfermería, fundamentado en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnóstica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica (que hace las veces de marco teórico), se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación (marco de diseño) y ejecución de acciones y toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados y finalmente se registran. Igualmente, se obtienen datos a través de la observación y la valoración de manera sistemática, se organizan de forma lógica y congruente para analizar la información relevante y se contrastan con la ciencia, planteando un problema y/o necesidad de cuidado, realizando un diagnóstico de Enfermería basado en una taxonomía básica creada y validada por enfermeras para guiar las intervenciones de cuidado de Enfermería, se fundamentan y definen los cuidados a partir de la taxonomía aceptada por la comunidad científica de enfermería, con el fin de lograr un objetivo con el sujeto de cuidado que posteriormente se evalúa en relación con el cumplimiento de las intervenciones y el alcance de las metas propuestas.

**5.1 ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA** El Proceso de Enfermería está constituido por una serie de etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas, que son cinco: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, donde cada una se relaciona permanentemente.

La primera etapa, es la Valoración que consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista



enfocada hacia las necesidades de cuidado de Enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y, el examen físico céfalo caudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historias clínicas, los laboratorios y pruebas diagnósticas. Partiendo de ésta recolección de hechos se da una interacción enfermera sujeto de cuidado, en la cual se obtienen datos subjetivos que hacen referencia a lo que manifiesta verbalmente la persona y datos objetivos que se relacionan con los aspectos que la enfermera valora en la persona. El punto de partida para la etapa de Valoración son los patrones funcionales de Mary Gordon creados en el año 1973, que surgen de “la evolución entre el cliente y el entorno”, y son once: cognoscitivo-perceptual, actividad y ejercicio, nutricional-metabólico, eliminación, manejo de la salud, reproductivo-sexual, tolerancia y manejo del estrés, relaciones de rol, autopercepción y auto concepto, creencias y valores, descanso y sueño, que se valoran uno a uno, recolectando los datos en un formato específico, organizado por los patrones, donde se registra la valoración para realizar la historia de Enfermería desde la cual se identifican los patrones alterados para trabajar sobre ellos. La segunda etapa, es el Diagnóstico, que consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales y positivos o protectores. Los diagnósticos de Enfermería se crearon desde los años 60, cuando una teórica de Enfermería, Faye Abdellan introdujo un sistema de clasificación para la identificación de 21 problemas clínicos del cliente y se utilizó en las escuelas de Enfermería de esa época, luego en 1973 se aprueban los primeros diagnósticos de Enfermería por la American Nurses Association (ANA), los cuales fueron evolucionando mediante la investigación y en los 80 la ANA adopta los diagnósticos de Enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) como el sistema oficial de diagnósticos para la disciplina profesional, los cuales cuentan con una definición de cada uno de ellos, unas



características definitorias y unos factores relacionados, teniendo actualizaciones constantes, aproximadamente cada dos años; además de contar con una nomenclatura válida nacional e internacionalmente sobre las intervenciones de Enfermería (NIC) y los resultados esperados en Enfermería (NOC) que sirven de guía para los cuidados. La tercera etapa, la Planeación, consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera paciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo. La cuarta etapa, la Ejecución, es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería. La quinta y última etapa es la Evaluación, entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Cabe anotar, que ésta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de Enfermería. (carolina, 2010 )





## VI. MARCO TEORICO

### 6.1 Enfermería como profesión disciplinaria

La Enfermería ha de considerarse una profesión consolidada (definitiva y estable), lo cual no significa que no se encuentre en un proceso constante de desarrollo, de búsqueda de nuevos campos de acción y de ampliación de competencias. De hecho, esta es una de las características definitorias de lo que hoy en día se considera una profesión, con una formación educativa de alto nivel y un cuerpo de conocimientos propios sustentado en saberes científicos, una actualización continua, una estructura organizativa de tipo corporativo con capacidad de control de la práctica profesional, con un código ético bien definido, y en constante búsqueda de autonomía como profesión. La Enfermería es una disciplina consolidada porque hoy día es aceptada como una rama del saber humano con objeto y método de estudio propios. Porque el conocimiento enfermero, el que se ocupa del cuidado de las personas en la salud y la enfermedad, construido durante siglos de evolución, constituye un legado imprescindible para la humanidad. Y porque en su condición de disciplina aplicada, la Enfermería ha mostrado sobradamente su capacidad de renovarse y redefinirse continuamente en función de las necesidades emergentes de la ciudadanía y de los avances del conocimiento científico. (Amezcuca, 2018 )

### 6.2 El cuidado como objeto de estudio

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente. Es sabido que el cuidar, es una actividad indispensable para la supervivencia, desde que la humanidad existe, el cuidado ha sido relevante constituyendo una función primordial para promover y desarrollar todas aquellas actividades que hacen vivir a las personas y a los grupos.



El cuidado de los pacientes representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos vivos y sanos con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, el cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud. (Juárez-Rodríguez, 2009)

### 6.3 Proceso atención enfermería

El proceso de enfermería es el método de trabajo que utiliza la enfermería para proporcionar cuidados. Consta de cinco etapas: la etapa de valoración, la de diagnóstico, la de planificación, la de ejecución y, por último, la de evaluación. Su creación se remonta a los años 1950-1960 en los Estados Unidos de América y Canadá. Es en esa época cuando comienza a tomar fuerza la idea de que las actuaciones enfermeras, más allá de actuaciones aisladas, forman parte de un proceso. En esos primeros años se trabajó y se desarrolló, sobre todo en el ámbito de la enseñanza. En los años 1970, su uso se extendió en la práctica clínica (práctica profesional), y las leyes que regulan la práctica de las profesiones sanitarias en los Estados Unidos de América y Canadá comenzaron a reconocer que el uso del proceso enfermero es una de las responsabilidades de la profesión enfermera. En la actualidad, según apuntan los trabajos de revisión encontrados, la metodología del proceso enfermero es utilizada en centros sanitarios de todo el mundo. (Huitzi-Egilegor & Elorza-Puyadena, 2012 )



#### 6.4 Modelo teórico utilizado para la elaboración del PAE

La valoración del paciente tiene una gran importancia para conocer su respuesta a Procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que puedan ser tratados por las enfermeras; es decir la valoración del paciente para llegar al diagnóstico enfermero. Para llevar a efecto esta valoración, dentro del proyecto, se ha optado por utilizar una herramienta que pueda ser usada independientemente del modelo enfermero seguido. Así se eligió la propuesta de M. Gordon con sus Patrones Funcionales (1982). Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todos las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo. La utilización de los Patrones Funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físico, psíquico, social, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta. La valoración por Patrones Funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas (o patrones) con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes.

#### 6.5 Elementos fundamentales del modelo utilizado

Los 11 Patrones Funcionales se denominan de la siguiente manera:

- Patrón 1: Percepción - manejo de la salud
- Patrón 2: Nutricional - metabólico
- Patrón 3: Eliminación
- Patrón 4: Actividad - ejercicio
- Patrón 5: Sueño - descanso
- Patrón 6: Cognitivo - perceptual
- Patrón 7: Autopercepción – auto concepto
- Patrón 8: Rol - relaciones
- Patrón 9: Sexualidad - reproducción
- Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés
- Patrón 11: Valores – creencias



## 6.6 Patología en estudio de choque séptico

Shock séptico: Se define por la presencia de hipotensión persistente (PAS < 90 mmHg, PAM < 60mmHg, o una disminución de la PAM de más de 40 mmHg en un sujeto previamente hipertenso), a pesar de la adecuada reanimación con fluidos, asociada con anomalías por hipo perfusión o signos de disfunción orgánica. Los pacientes que requieren inotrópicos para mantener una presión arterial normal también deben considerarse en shock séptico. (M.D., 2016)

Fisiopatología del shock séptico Respuesta inflamatoria sistémica Sepsis es la respuesta inflamatoria sistémica ante una injuria infecciosa. El proceso se inicia cuando los microorganismos o sus componentes son reconocidos por células inmunológicamente activas, principalmente macrófagos y células endoteliales. Estas células tienen unos receptores que eficientemente reconocen los productos micro bacterianos. Entre estos receptores el grupo de los Toll-like receptor (TLR) desempeñan un papel importante en la activación de la respuesta inflamatoria. En el caso de las bacterias Gram negativas, los lipo polisacáridos (LPS) liberados por la membrana bacteriana se unen a dos proteínas séricas con funciones similares: la LPS binding protein (LBP) y el factor soluble CD14. Cuando los LPS son captados por estas proteínas son reclutados por el factor CD14. El complejo LPS-CD14 se une al TLR, el cual después de algunos pasos adicionales finalmente activa la transcripción del factor nuclear kappa B (NF-kB). El NF-kB se une a diversos genes y es el encargado de inducir la producción de las diversas citoquinas y mediadores.

El resultado final es la producción de mediadores pro inflamatorios. En una fase temprana el factor de necrosis tumoral (TNF), la IL-6 y la IL-1B son los principales mediadores y alcanzan su máxima producción en pocas horas. Por otro lado existe una respuesta anti-inflamatoria en la que participan varias citoquinas como la IL-10, el TGF- B y el sistema nervioso parasimpático con el nervio vago regulando la respuesta inflamatoria a través de la producción y acción de la acetilcolina sobre receptores nicotínicos presentes en los macrófagos.



Destaca la función de un órgano que en la fisiopatología de la sepsis es de crítica importancia, el endotelio. En condiciones normales, la célula endotelial tiene cuatro funciones básicas:

1. control de la coagulación manteniendo un balance entre la coagulación y la fibrinólisis,
2. regulación del tono vascular,
3. control de la permeabilidad vascular, y
4. regulación de la adhesión y migración de los leucocitos y macrófagos. Durante la sepsis estas funciones reguladoras del endotelio se afectan significativamente, lo cual puede traducirse en grados variables de coagulación intravascular, así como en disfunción vascular y un tráfico anómalo de leucocitos a diversos tejidos alejados del foco infeccioso. Desde un punto de vista clínico, el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) se define por la presencia de fiebre o hipotermia. (M.D., 2016)

### **Epidemiología**

La sepsis es la principal causa de muerte en pacientes críticamente enfermos en los Estados Unidos. En ese país la sepsis se desarrolla en 750.000 personas anualmente y más de 210.000 de ellos mueren<sup>7</sup>. En un estudio reciente del Grupo Francés de estudio de la sepsis, se evaluaron los episodios de bacteriemia clínica que ocurrieron durante dos meses en 24 hospitales de Francia. La incidencia de bacteriemia y de sepsis severa bacteriémica fue de 9,8 y 2,6 respectivamente, por 1000 admisiones en adultos; Esta incidencia fue ocho y treinta y dos veces más alta en las UTI que en los pisos de internación general respectivamente 4. Recientes datos recogidos de 61.874 admisiones a 92 unidades de cuidado intensivo en Inglaterra, Gales e Irlanda del Norte mostraron que la prevalencia de sepsis severa en las primeras 24 horas de admisión es de 27,7%, con una tasa de mortalidad global del 44,7%. Otro estudio refiere que de 1618 admisiones a unidades de cuidado intensivo en Escocia demostraron que el 46% de los pacientes desarrollaron sepsis severa durante su estadía en cuidados intensivos con muchos pacientes que progresaron a shock séptico. (C., 2018) El shock



séptico fue asociado a una mortalidad del 61,5% comparado con un 31,8% en pacientes con sepsis severa ( $p > 0,0001$ ) por lo que se demuestra una relación directa entre el nivel de severidad y la mortalidad. El estudio además confirmó un elevado riesgo de mortalidad con un incrementado número de disfunciones orgánicas.

La presencia de un órgano en falla fue asociado con tasas de mortalidad de 14% y 29% respectivamente, mientras que todos los pacientes con cinco o seis órganos en falla demostraron tasas de mortalidad del 90-100% 8 .De todo ello debemos concluir que la sepsis severa y el shock séptico son entidades no solo altamente frecuentes en las unidades de cuidados intensivos en el mundo sino que constituyen *per se* un elevado riesgo de muerte en países desarrollados.

### **Cuadro clínico**

Las características clínicas precoces derivan del estado séptico del paciente y están dadas por fiebre, hiperventilación, piel seca, roja y caliente y como dijimos presión amplia del pulso, a este conjunto de signos es lo que se conoce como shock hiperdinámico. La dificultad diagnóstica se establece cuando faltan una o más de estas características, hecho frecuente en ancianos, sujetos inmunosuprimidos o aquellos con reservas cardíacas deprimidas.

En fases tardías cuando la depleción del volumen efectivo circulante es grave y/o la función cardíaca se deprime el shock séptico se hace hipodinámico y se expresa clínicamente también con hipotensión, pero con características más refractarias, volumen bajo del pulso tornándose filiforme; La piel se hace fría, moteada o cianótica, similar a la encontrada en el shock hipovolémico o cardiogénico; aparece oliguria progresiva y obnubilación como expresión de injuria a riñón y cerebro. En esta fase a menos que se logre corregir, el shock cobra una mortalidad de casi el 100%.

### **Diagnóstico**

Tal y como se especifica en la Reunión de Consenso del American College of Chest Physicians /Society of Critical Care Medicine de 1991 el diagnóstico de shock séptico se determina por la presencia de hipotensión persistente ( $PAS < 90$



mmHg, PAM < 60 mmHg o una disminución de la PAM de mas de 40 mmHg en un sujeto previamente hipertenso), a pesar de la adecuada reanimación con fluidos, asociada con anormalidades por hipoperfusión o signos de disfunción orgánica (caída del gasto urinario por debajo de 25 ml /hora, desarrollo de acidosis metabólica, obnubilación ) e incluyendo a aquellos pacientes que requieren inotrópicos para mantener una presión arterial normal.

El shock séptico se caracteriza por un estado de hipoperfusión tisular evidenciado en un aumento del lactato celular por una disminución de la extracción tisular de oxígeno ( $\downarrow$ EO<sub>2</sub>), disminución del consumo ( $\downarrow$  VO<sub>2</sub>) con alto aporte del mismo ( $\uparrow$ DO<sub>2</sub>), eventos estos secundarios a un mecanismo que involucra caída de la resistencia vascular sistémica ( $\downarrow$ RVS), fuga de líquidos desde el capilar y un aumento del gasto cardíaco ( $\uparrow$ GC) inicial que posteriormente fleja, llevando a caídas de la tensión arterial sistémica ( $\downarrow$ TAS).

El diagnostico diferencial del Shock Séptico incluye causas de shock por vasodilatación como son aquellas secundarias a inadecuada oxigenación tisular como las derivadas de la intoxicación con nitrógeno (acidosis láctica hipóxica) o intoxicación por monóxido de carbono; las producidas por la hipotensión prolongada y severa del shock hemorrágico, el obstructivo (embolia o taponamiento) o el cardiogénico, la reacción anafiláctica y el bypass cardiopulmonar. Otras causas de shock con probable vasodilatación incluyen la intoxicación con metformin, algunas enfermedades mitocondriales, el envenenamiento con cianuro y el arresto cardiaco con actividad eléctrica sin pulso, insuficiencia hepática, insuficiencia suprarrenal primaria o secundaria, patologías en las que un adecuado interrogatorio en búsqueda de ingesta medicamentosa o antecedentes de patologías previas y la aparición de síntomas como broncoespasmo, manifestaciones alérgicas, y estudios paraclínicos (EKG; Dimero D; TAC helicoidal del tórax ) nos ayudan a realizar sobre la marcha un diagnostico adecuado<sup>17,26</sup>. Se recomienda obtener al menos dos hemocultivos antes de iniciar la terapéutica antimicrobiana una vez hecho el diagnostico de sepsis severa o shock séptico. Uno de esos hemocultivos debe ser tomado por vía percutánea y otro por un catéter vascular con menos de 48 horas de inserción. Si se aísla el



mismo agente en ambos cultivos la probabilidad de que sea el agente causal es mayor. Así mismo se sugiere abrir compás de estudios imagenológicos según permita la estabilidad hemodinámica del paciente, de allí que cobra fuerza la utilidad de estudios como el ultrasonido que se pueden realizar a la cabecera del enfermo (C., 2018)

### Tratamiento

El tratamiento de la sepsis severa y el shock séptico involucra una gran variedad de aspectos a corregir que van desde los mecanismos moleculares de respuesta al invasor, pasando por la regulación de la respuesta inflamatoria, el control de variables hemodinámicas y la optimización de la oxigenación tisular. Para su descripción haremos la revisión siguiendo un orden de lo que consideramos que cronológicamente debemos enfrentar en el paciente. (C., 2018)

La mayor lección aportada por el Early Goal- Directed Therapy Collaborative Group es que el tratamiento del shock séptico no comienza en el área de terapia intensiva sino que debe iniciar durante esas primeras seis horas doradas una vez identificada la entidad independientemente de la ubicación del enfermo, sea en salas de cuidados intermedios, trauma-choque o emergencias de toda institución hospitalaria<sup>33</sup>.

Basados en este estudio recientemente las Guías para el Manejo de Sepsis Severa y Shock Séptico de La Campaña Sobreviviendo a la Sepsis<sup>30</sup> sugieren que durante ese tiempo las metas de la resucitación inicial deben ser:

1. Presión Venosa Central entre 8-12 mmHg (6-9 ccH<sub>2</sub>O)
2. Presión Arterial Media  $\geq$  a 65 mmHg.
3. Gasto Urinario:  $\geq$  a 0,5 ml /Kg./hora
4. Saturación de Oxígeno en Sangre Venosa Mixta o Venosa Central ( Vena Cava Superior )  $\geq$  70%. En pacientes sometidos a ventilación mecánica o aquellos con incremento de presión intrabdominal un objetivo para la presión venosa central se fija en 12-15 mmHg ( 9-11 ccH<sub>2</sub>O) por el incremento en la presión intratorácica presente en estos pacientes. El mismo protocolo terapéutico plantea la equivalencia entre la saturación de la sangre venosa obtenida por catéter de vena





Central o de arteria pulmonar y sugiere que si el valor optimo ( >70% ) no se logra luego de una adecuada resucitación con fluidos llevando la PVC a 8-12 mmHg entonces debemos transfundir paquetes de glóbulos rojos hasta llevar el hematocrito al menos al 30% y/o iniciar inotrópicos como la Dobutamina hasta una dosis no mayor de 20 mg./Kg./min30. (C., 2018)



## VII. RESUMEN CLINICO

Se trata de femenino de 63 años de edad, la cual cuenta con los siguientes antecedentes de importancia para su padecimiento actual. Es originaria de san Luis san pedro, Groo. Residente de Acapulco desde hace 30 años. Ocupación: ama de casa estado civil: cada. Religión católica, habita en casa de esposo, la cual cuenta con todos los servicios de urbanización, zoonosis negativa. Inmunizaciones aparentemente al corriente, viajes recientes: ninguno, antecedentes heredofamiliares: padre finado se desconoce origen. Madre: sana y viva.

Antecedentes gineco obstétricos: g7, p7, A4, O0. Antecedentes personales patológicos: Negados, quirúrgicos: negados. Alérgicos: negados, Traumáticos: negados, Transfuncionales: negados. Fimicos: negados. Etilismo negado. Tabaquismo: negados. Toxicomanías: negadas.

Antecedentes de brote psicóticos: el 21 de octubre de 2020, recibió atención psiquiátrica con diagnóstico de episodio depresivo con síntomas somáticos/ trastorno conversivo motor, el 22 de octubre de 2020 en tratamiento a través de zyprexa zydis 10 mg sublinguales c/24 hrs, citox (citalopram) 20mg v.o c/24 hrs y ritrovil sol. Oral 2.5mg/ml 4 gotas c/8hrs; otro en febrero de 2021 por abandono farmacológico y finalmente el 07 mayo de 2021.

Antecedentes de haber cargado hace un año polines y posterior a ello, inicio con cervicalgia. Antecedente de parálisis flácida de extremidades pélvicas de mayo de 2020, se mantiene postrada en cama. El 20 de julio de 2020 Tac de columna lumbosacra con esclerosis de la plataforma articular, osteofitos marginales, así como protusiones posteromediales en L4,L5, S las cuales contactan el saco dural y anterolistesis grado 2 sobre L5 y S1, condicionando canal medular estrecho. El 27 de agosto de 2020 Rx de columna lumbar AP y lateral con espondilolistesis de L%, disminución del espacio intervertebral. Resonancia magnética de columna lumbar con datos de enfermedad discal degenerativa tipo III.

Padecimiento actual: inicio de su padecimiento actual el día viernes 07 mayo de 2021, presenta colapso súbito, con palidez, diaforesis, mutismo, sin respuesta a estímulos externos, siendo trasladada al hospital general de CD. Renacimiento, presentando el día de ayer estado de choque que amerito manejo a través de vaso activos, y el día de hoy su alta voluntaria. Y a petición del Dr. Acudo a valorar a la paciente encontrándola en las siguientes condiciones: signos vitales de 90/70 mm/hg, FC. 124 L\*1 SPO2:97% Temp.35.c se encuentra con palidez de



tegumentos, diaforesis. Neurológicamente se encuentre emitiendo lenguaje incoherente, no obedece comandos sencillos, poco cooperadora, con periodos de inatención, con periodos de mutismo, apertura palpebral espontanea, no fija mirada, se encuentra con parálisis flácida de las extremidades pélvicas, disminución del tono muscular, sensibilidad disminuida, el cálculo juicio, raciocinio no son valorables. En periodos con gritos, con periodos de bruxismo. Con taquicardia, ruidos cardiacos rítmicos de adecuada intensidad, tono y frecuencia, a nivel electrocardiográfico se encuentra con taquicardia sinusal, catéter venoso central subclavio derecho funcional. Se realiza toma de hemocultivo central. Se encuentra con apoyo de norepinefrina calculada a 6.65 mcg/min con requerimiento de o<sub>2</sub> suplementario con o<sub>2</sub> a 10 litros por min, con lo que logra Spo<sub>2</sub> del 97%. Ingreso con o<sub>2</sub> al aire ambiente con 86%. Se auscultan crepitantes subescapulares bilaterales. Abdomen blando, plano, depresible, no palpo megalias. Peristalsis presente. Se realizó urocultivo. Hematoinfeccionso: con tendencia a la hipotermia, palidez de tegumentos, piel fría. Rx de tórax con presencia de infiltrados pulmonares generalizados, con atelectasia de pulmón derecho.

Laboratorios a su ingreso: pH 7.453, PvCO<sub>2</sub>: 19.5mmhg, HCO<sub>3</sub>: 13.6mmol/L, BE: -10.3 mmol/L, Lactato: 4.38 mmol/L Calcio ionico: 1.15 mmol/L, Troponina I: -0.10 ng/ml, Grupo: B+, Hb: 8.7 g/dl, Hct: 27%, Leucos: 6,800, Neutrofilos: 78%, Linfocitos: 17%, plaquetas 234.000, Calcio 7.5mg/dl, NA 146 meq/L, K 4.4 meq/L Cl. 112 meq/L, fosforo 3.0 mg/dl, Mg 1.9 mg/dl, TGO 47 U/L, TGP 37 U/L, BT 0.9 mg/dl colesterol 188 mg/dl triglicéridos 199mg/dl IgM e IgG para SARS coV 2 negativos.

Se realizó sonografía pulmonar con evidencia de atelectasias pasivas secundarias a derrames pleurales bilaterales motivo por el cual se realizó toracosentesis eco guiada bilateral, mejorando patrón respiratorio, logrando reducir aporte de o<sub>2</sub> hasta Fio<sub>2</sub> al 26%. Dado el mal apego farmacológico antipsicótico se reinició manejo establecido previamente por psiquiatría con mejoría de los síntomas. Se inició manejo antibiótico a través de carbapenemico, antifungico, reanimación dada por metas, requerimientos de norepinefrina continua de 6.65 mcg/min, así como de hidrocortisona en infusión para sensibilización de receptores.



## VII. DESARROLLO DEL PROCESO ATENCION ENFERMERIA

### GUÍA DE VALORACIÓN CON LOS 11 PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE MARJORY GORDON

#### DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

Fecha: 10/mayo/2021

Nombre: Leocadia Lezma Giron Cama: 306 Fecha de ingreso: 10/mayo/2021

Edad: 63 Años Género: Femenino Estado civil: casada

Escolaridad: preparatoria concluida Religión: católica

Lugar de origen: san Luis san pedro Ocupación: ama de casa

Domicilio: Acapulco Gro.. Cédula: N/A

Ingreso económico mensual: 8, 000 mensual

Motivo de la visita o principal problema: presenta colapso súbito, con palidez, diaforesis, mutismo, sin respuesta a estímulos externos, siendo trasladada al hospital general de CD. Renacimiento, presentando el día de ayer estado de choque que amerito manejo a través de vaso activos, y el día de hoy su alta voluntaria.

Dx Médico: Choque séptico de origen pulmonar/ acidosis metabólica/ acidosis láctica/ Episodio depresivo/ Discopatía del segmento cervical

#### Antecedentes:

Enfermedades anteriores: Niega enfermedades

Historia familiar de enfermedad: padre finado se desconoce origen.

Enfermedades durante el embarazo: 7 partos y 7 hijos vivos niega abortos, niega enfermedades obstétricas y ginecológicas.

Distocias durante el parto: sin alteraciones.

Complicaciones durante el puerperio: niega haber tenido complicaciones después del embarazo



**I. PATRÓN PERCEPCIÓN / MANTENIMIENTO DE LA SALUD.**

Servicios con que cuenta la casa-habitación especificar: luz eléctrica, agua potable, servicio de gas, servicio de alcantarillado y agua potable

Características higiénicas de la vivienda, especificar: refieren sus hijas que la casa se precura mantener limpia barrida, escombrada y los muebles sacudidos, refieren que diario se trapea y se barre y se mantienen los baños y patios limpios.

Hábitos higiénicos que practica la usuaria en el hogar, especificar: las hijas de la paciente comentan que el baño es diario así como el cambio de ropa interior y exterior a su vez cepillado de dientes con pasta bucal y enjuague.

Contacto con animales domésticos ( no ) en caso afirmativo, especificar ¿Cuáles? No tienen animales domésticos.

Existencia de hacinamiento en el hogar (No)

Existencia de factores de riesgo en la comunidad, hogar y laboral ( No) en caso afirmativo, especificar ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Existencia de alteraciones físicas o mentales en la usuaria que puedan desencadenar un accidente (Si) en caso afirmativo, especificar ¿Cuáles?: actualmente medicada y tratada por psiquiatría.

Percepción de la usuaria sobre su estado de salud actual, especificar: La usuaria se presenta poco cooperativa, presenta problemas de lenguaje actualmente y esta renuente a ser atendida por los especialistas.

Interés por el cuidado de la salud (No ) en caso negativo, especificar ¿Por qué? Actualmente abandonado el tratamiento para la ansiedad que le fue dado por el psiquiatra.

Asistencia a control médico (Si) en caso negativo, especificar ¿Por qué?

Asistencia a control por la enfermera(o) materno-infantil durante el embarazo ( ) en caso negativo, especificar ¿Por qué? \_\_\_\_\_

Tratamiento médico en el hogar, especificar ¿Cuál?: si desde hace 7 meses atrás el psiquiatra le receto ansiolíticos.

Seguimiento del tratamiento médico (No ) en caso negativo, especificar ¿Por qué?: se muestra renuente a continuar con el tratamiento



Existencia de automedicación (No) en caso afirmativo, especificar, ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

Realización de cuidados para conservar y recuperar la salud ( ) en caso negativo, especificar ¿Por qué?: \_\_\_\_\_

Existencia de toxicomanías (No) en caso afirmativo, especificar ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

**II. PATRÓN NUTRICIONAL - METABÓLICO**

Peso actual: 85 kg  
Talla: 1.62 cm  
Peso anterior al embarazo: N/A  
Glucemia: 269 mg/dl  
Temperatura corporal: 36 °c  
IMC: \_\_\_\_\_

**Características de:**

- Piel: Amarilla, reseca
- Cabello: seco, maltrato con orzuela
- Uñas: limpias
- Mucosa oral: deshidratadas
- Encías: deshidratadas
- Lengua: deshidratada
- Labios: agrietados
- Faringe: Normal
- Dentadura: completa

**Color:**

- (Si) Palidez de tegumentos
- ( ) Cianosis.
- ( ) Sonrosada.

**Presencia de:**

Anorexia	(No)	
Nauseas	(No)	
Vómitos	(No)	Especificar: _____
Pirosis	(No)	
Polifagia	(No)	
Polidipsia	(No)	
Heridas quirúrgicas	(No)	Especificar: _____
Regurgitaciones	(Si)	
Edema	(Si)	Especificar: <u>pies</u>
Crecimiento ganglionar	(No)	
Drenajes	(No)	Especificar: _____
Infusiones	(Si)	Especificar: <u>solución salina con</u>
<u>hidrocortisona.</u>		



Resultados de estudios de laboratorio y gabinete (registrar fecha):  
gasometria: pH 7.453, PvCO2: 19.5mmhg, HCO3: 13.6mmol/L, BE: -10.3 mmol/L, SvO2: 50.2%, Lactato: 4.38 mmol/L Calcio ionico: 1.15 mmol/L, Troponina I: -0.10 ng/ml, Grupo: B+, Hb: 8.7 g/dl, Hct: 27%, Leucos: 6,800, Neutrofilos: 78%, Linfocitos: 17%, plaquetas 234.000, Calcio 7.5mg/dl, NA 146 meq/L, K 4.4 meq/L Cl. 112 meq/L, fosforo 3.0 mg/dl, Mg 1.9 mg/dl, TGO 47 U/L, TGP 37 U/L, BT 0.9 mg/dl colesterol 188 mg/dl triglicéridos 199mg/dl IgM e IgG para SARS coV 2 negativos fecha 10/mayo/2021.

Alimentación acostumbrada en el hogar, especificar  
Pescado, pollo, carnes rojas, verduras frutas embutidos

Ingesta habitual de líquidos en el hogar, especificar:  
Aprox. 2 litros diarios

Comidas realizadas en el hogar durante el día, especificar: 3 comidas (desayuno, comida y cena)

Existencia de problemas con las defensas del organismo (No) en caso afirmativo, especificar ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Existencia de intolerancia alimentaria (No) en caso afirmativo, especificar: \_\_\_\_\_

Aceptación de la dieta prescrita en el hospital (Si ) en caso negativo, especificar ¿por qué? Come muy poco, solo toma ensure aprox. Medio frasco

Ingesta de líquidos en 24 horas durante la estancia hospitalaria, especificar:  
Solo toma ensure

Existencia de dificultades relacionadas con la lactancia ( ) en caso afirmativo, especificar ¿Cuáles?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



III. PATRÓN DE ELIMINACIÓN.

Características de:

Orina: normal de color claro, presencia de sonda foley

Heces: No ha evacuado por el momento

Sudor: normal

Peristaltismo intestinal: presente

Presencia de:

Halitosis	✓	Hematuria	( )
Flatulencia	✓	Proteinuria	( )
Masa rectal palpable	( )	Glucosuria	( )
Esfuerzo al defecar	✓	Polaquiurla	( )
Constipación	( )	Nicturia	( )
Hemorroides	( )	Tenesmo urinario	( )
Dolor al evacuar	( )	Incontinencia urinaria	( )
Urgencia para defecar	( )	Retención urinaria	( )
Distensión abdominal	( )	Urgencia por orinar	( )
Fisuras	( )	Sonda de drenaje urinario	✓ Fecha inst. _____
Incontinencia fecal	( )	Goteo y salida de orina	( )
Moco	( )	Disuria	( )
Parásitos	( )	Oliguria	( )
Estreñimiento	✓	Poliuria	( )
Meteorismo	( )	Otros	( ) _____

Resultados de estudios de laboratorio y gabinete (registrar fecha)

Examen general de orina 10/mayo/2021 Hemoglobina positivo, leucos 8-10 por campo, presencia de cristales de calcio , bacterias numerosas, sedimentos abundantes

Eliminación intestinal habitual, especificar: nula desde hace 5 dias

Eliminación urinaria habitual, especificar: \_\_\_\_\_

Empleo de auxiliares o medicamentos para la defecación (No) en caso afirmativo especificar ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Evacuaciones en 24 horas durante la hospitalización, especificar: ausente hasta el momento.

Micciones en 24 horas durante la hospitalización, especificar: 400 ml DHP= 0.5 ml/kg/hrs





IV. PATRÓN DE ACTIVIDAD / EJERCICIO.

Frecuencia cardiaca materna: N/A Frecuencia del pulso: 78 lpm
Tensión arterial: 82/56mm/hg Presión venosa central:
Presión arterial media: 62mm/hg Frecuencia respiratoria: 21 rpm

Características de:

Pulso: puliforme Llenado capilar: 3 seg
Ritmo cardiaco: Respiración:
Secreciones broncopulmonares: abundantes Postura: semisentada

Presencia de:

- Soplos ( ) Aleteo nasal ( )
Distensión venosa yugular ( ) Cianosis ( )
Piel marmórea ( ) Estertores ( )
Sudoración fría ( ) Tos ( )
Palpitaciones ( ) Disfonía ( )
Lipotimias ( ) Sibilancias ( )
Vértigos ( ) Epistaxis ( )
Acufenos ( ) Ortopnea ( )
Fosfenos ( ) Tubos respiratorios ( ) Especificar: TET 7.5
Venas varicosas ( ) F1O2
Malestar y debilidad con el ejercicio ( ) Apoyo ventilatorio: Especificar: MODO CMV
Contracturas musculares ( ) F1O2 100%
Disnea ( )
Limitaciones para el movimiento ( ) Especificar:

Resultados de estudios de laboratorio y gabinete (registrar fecha)

Actividades que puede realizar para el autocuidado (alimentación, higiene, funciones de eliminación y vestido), especificar:

Por el momento ninguna

Deambulación (No) en caso negativo, especificar ¿por qué?

Por entubación endotraqueal y cuidados post reanimación cardiaca

Actividades que realiza para su recreación, especificar:

Cuando estaba en casa solia ver televisión, y leer revistas



V. PATRÓN DE REPOSO / SUEÑO.

Presencia actual de:

- Cansancio (Si)
- Postura de cansancio ( )
- Temblor de manos ( )
- Ojeras (Si)
- Párpados inflamados ( )
- Enrojecimiento de conjuntivas ( )
- Bostezos ( )
- Expresión vacía ( )
- Indiferencia ( )
- Confusión (Si)
- Letardo ( )
- Falta de concentración ( )
- Apatía ( )
- Habla pausada ( )
- Habla dificultosa (Si)
- Irritabilidad ( )
- Otros ( ) Especificar \_\_\_\_\_

Horas de sueño habituales en 24 horas, especificar: 8 horas

Prácticas habituales para conciliar el sueño, especificar ¿Cuáles?

Tomar medicamentos para la ansiedad ocasionalmente ya que no lleva un buen apego farmacológico, solo toma el medicamento cuando lo necesita refieren sus hijas.

Existencia de dificultad para conciliar el sueño (Si) en caso afirmativo, especificar ¿Por qué? Ansiedad

Calidad del sueño durante la estancia hospitalaria, especificar:

Al ingreso la paciente no podía dormir, se le receto rivotril, y solamente dormía 1 hora o menos

Periodos de descanso habitual durante el día, especificar:

En casa no acostumbraba a dormir durante el día.

Horas de sueño en 24 horas durante la estancia hospitalaria

6 horas aproximadamente, después de la parada cardiaca se mantuvo bajo sedación con infusión de midazolam



VI. PATRÓN COGNITIVO / PERCEPTUAL.

Estado físico y mental actual:

Nivel de conciencia: bajo sedación profunda debido a la parada cardiaca

Orientación (persona, tiempo y espacio): Especificar: anteriormente a la parada cardiaca desorientada, emitía sonidos sin articular palabras

Escala de Glasgow: 10 puntos

Presencia de:

- Agitación ( ) Cefalea ( )
Crisis convulsivas ( ) Diaforesis ( )
Midriasis ( ) Hiperreflexia ( )
Miosis ( ) Parestesia ( )
Anisocoria ( ) Parálisis ( )
Irritabilidad ( ) Dolor ( ) Especificar:
Ataxia ( )

Problemas con:

- La memoria: ( ) Especificar:
La concentración: ( ) Especificar:
El razonamiento: ( ) Especificar:

Alteraciones:

- Vista: ( ) Especificar:
Gusto: ( ) Especificar:
Olfato: ( ) Especificar:
Equilibrio ( ) Especificar:
Audición: ( ) Especificar:



Presencia de reflejos, especificar ¿Cuáles?

---

---

Características del tono muscular, especificar:

---

---

Resultados de estudios de laboratorio y gabinete (registrar fecha)

---

---

Características de la información que tiene la usuaria sobre el puerperio y sus cuidados, especificar

---

---

---

---

Características de la información que tiene la usuaria sobre su enfermedad y cuidados, especificar:

---

---

Características de la información que tiene la usuaria sobre los cuidados del recién nacido y la lactancia, especificar:

---

---

---

Existencia de capacidad en la usuaria para la toma de decisiones ( ) en caso negativo, especificar ¿Por qué?

---

---



VII. PATRÓN DE AUTOPERCEPCIÓN / AUTOCONCEPTO.

Presencia actual de:

Temor	✓ si	Indiferencia	( )
Nerviosismo	( )	Cansancio	( )
Suspiros	( )	Insomnio	( )
Temblores	(si)	Conducta violenta	( )
Sentimientos de culpa	( )	Dificultad para relajarse	( )
Apatía	(si)	Egocentrismo	( )
Ansiedad	(si)	Dependencia	( )
Somnolencia	( )	Trastorno de identidad	( )
Ambivalencia	( )	Otros	( )

Especificar: \_\_\_\_\_

El embarazo fue planeado ( ) en caso negativo, especificar ¿Cuáles fueron las circunstancias por las que se dio? \_\_\_\_\_

Percepción que tiene la usuaria de sí misma, especificar: a su ingreso la paciente se mostro indiferente, no se dejaba realizar las intervenciones por el personal de la unidad.

Aceptación de su imagen corporal con el embarazo ( ) en caso negativo, especificar ¿Por qué? \_\_\_\_\_

Satisfacción en el cumplimiento de su cometido como madre ( ) en caso negativo, especificar ¿por qué? \_\_\_\_\_

Existencia de preocupaciones ( ) en caso afirmativo especificar ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Existencia de algún temor ( ) en caso afirmativo, especificar ¿a qué? \_\_\_\_\_

Estado de ánimo de la usuaria, especificar: \_\_\_\_\_



---

Existencia de cooperación en los cuidados ( ) en caso negativo, especificar ¿por qué?

---

Ayuda que la enfermera(o) puede brindarle, especificar:

---

---

---

---



VIII. PATRÓN ROL / RELACIONES.

Presencia actual de:

Dificultad para concentrarse	( )	Mutismo	✓
Cambio en el estado de ánimo	✓	Conducta agresiva	( )
Tristeza	( )	Depresión	( )
Llanto	( )	Rememoraciones	( )
Incapacidad para llorar	✓	Introversión	✓
Cólera	( )	Extroversión	
Dificultad en la participación	( )	Dificultad para la comunicación	✓
Aislamiento	( )		

Existencia de sentimientos de pérdida ( ) en caso afirmativo, especificar ¿por qué?

\_\_\_\_\_

Personas con las que convive diariamente, especificar ¿Cuáles?

Esposo e hijas

\_\_\_\_\_

Personas significativas para la usuaria, especificar ¿Cuáles?

Esposo e hijas

Características de la relación con la pareja, especificar:

Buena afectiva hay comprensión y apoyo mutuo

\_\_\_\_\_

Existencia de dificultades en la familia (No) en caso afirmativo especificar ¿Cuáles?

\_\_\_\_\_

Dificultades para el cumplimiento del rol (esposa y madre), ( ) en caso afirmativo, especificar ¿Cuáles?

\_\_\_\_\_

Personas que dependen de la usuaria, especificar:

Esposo e hijas

Aceptación del recién nacido ( ) en caso negativo, especificar ¿por qué? Y ¿Quién (es)?

Atención de las necesidades del recién nacido ( ) en caso negativo, especificar ¿por qué?

Existencia de preocupación por el cuidado del recién nacido en el hogar ( ) en caso afirmativo, especificar ¿las razones?

Ayuda que la enfermera(o) puede brindarle, especificar:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**IX. PATRÓN DE SEXUALIDAD / REPRODUCCIÓN.**

Fondo uterino: \_\_\_\_\_

Tono uterino: \_\_\_\_\_

Loquios (cantidad y características): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mamas (características): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Presencia de:**

Secreción vaginal: ( ) Características: \_\_\_\_\_

Hemorragia transvaginal: ( ) Especificar cantidad: \_\_\_\_\_

Varices vulvares: ( )

Congestión mamaria: ( )

Heridas quirúrgicas:

Especificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Antecedentes ginecoobstetricos:**

Embarazos (G): 7

Partos (P): 7

Abortos (A) : 0

Cesáreas (C): \_\_\_\_\_

Menarquia (edad): \_\_\_\_\_ Ritmo: \_\_\_\_\_ IVSA: \_\_\_\_\_

FUM: \_\_\_\_\_

FPP: \_\_\_\_\_

Resultados de estudios de laboratorio y gabinetes (registrar fecha)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Métodos de planificación familiar utilizados, especificar

Preservativos y píldoras enticonceptivas

\_\_\_\_\_

Deseo de planificar su familia ( ) en caso afirmativo, especificar ¿Cómo?

\_\_\_\_\_

Existencia de inquietudes relacionadas con el sexo ( ) en caso afirmativo, especificar ¿Cuáles?

\_\_\_\_\_





X. PATRÓN DE AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS.

Presencia actual de:

Inquietud	✓	Anorexia	( )
Tensión muscular	✓	Uso de tranquilizantes	✓
Postura rígida	✓	Grupos de apoyo	( )
Manos húmedas	( )	Cansancio	✓
Boca seca	✓	Tabaquismo expresivo	( )
Negación del problema	( )	Conducta autodestructiva	( ) Especificar: _____
Hipersensibilidad a la crítica	( )	Cambios en el estilo de vida	( ) Especificar: _____
Conducta manipuladora	( )	Temor	( ) Especificar: _____
Autocompasión	( )		

Respuesta personal ante una situación causante de estrés, especificar: \_\_

\_\_\_\_\_

Las opciones elegidas para tratar situaciones de estrés han sido favorables para la salud ( ) en caso negativo, especificar ¿por qué? \_\_

\_\_\_\_\_

Respuesta personal ante el cuidado del recién nacido, especificar:

\_\_\_\_\_

Respuesta de la pareja ante el cuidado del recién nacido, especificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Respuesta familiar ante la presencia del nuevo integrante, especificar: \_\_\_\_\_

Existencia de búsqueda y aceptación de cuidados para la conservación y/o recuperación de salud durante el puerperio ( ) en caso negativo, especificar ¿Por qué? \_\_\_\_\_

Empleo de técnicas de relajación ( ) en caso negativo, especificar, ¿Por qué? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ayuda que la enfermera (o) puede proporcionar a la usuaria / familia para afrontar el estrés, especificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**XI. PATRÓN DE VALORES / CREENCIAS.**

Actitud religiosa de la usuaria, especificar:

Sus hijas refieren que su madre profesa la religión católica y que cree en Dios

---

Existencia de conflictos internos sobre creencias ( NO ) en caso afirmativo, especificar ¿Cuáles?

---

---

Mitos y creencias de la usuaria / familia relacionados con el cuidado durante el puerperio, especificar:

---

---

---

Ayuda que la enfermera (o) puede brindarle, especificar:

---

---



***Datos significativos de los patrones funcionales de salud de M. Gordon.***

**I. PATRÓN PERCEPCIÓN / MANTENIMIENTO DE LA SALUD.**

La paciente cuando se encontraba en casa refieren familiares que procuraba estar aseada pero en el lapso de 7 meses a la fecha a descuidado su apariencia física.

**II. PATRÓN NUTRICIONAL / METABÓLICO.**

se alimenta de manera adecuada come de todos los grupos de alimentos tanto como carne pescado frutas frescas verduras y bebe abundante agua mantiene un peso estable, actualmente al ingreso a esta unidad se presentaba renuente a comer solo ingería suplemento alimenticio medio frasco por lo que se reporta una baja en la ingesta de alimento durante la estancia hospitalaria, posterior a la parada cardiaca la paciente se mantendrá en ayuno hasta nueva orden.

**III. PATRÓN DE ELIMINACIÓN.**

Por ahora su estado de eliminación es lento debido a que no tiene la movilidad suficiente, familiares refieren que en casa toma abundante agua, el sistema urinario se reporta con sedimentos en la orina, actualmente con presencia de sonda flowler y en la cuantificación de líquidos al final del turno de la mañana por lo regular siempre cuenta con 500 a 600 ml. Presenta edema de miembros inferiores, abdomen globoso posterior a parada cardiaca.

**IV. PATRÓN DE ACTIVIDAD / EJERCICIO.**

Este patrón se encuentra alterado ya que la paciente actualmente se encuentra con entubación endotraqueal lo cual la imposibilita a realizar actividad física, sus signos vitales se encuentra alterados con signos graves de hipotensión y de choque.

**V. PATRÓN DE REPOSO / SUEÑO.**

El paciente actualmente se encuentra bajo sedación profunda con midazolam anteriormente la paciente dormía bien aproximadamente 8 horas, pero refieren familiares que 7 meses a la fecha ha tenido crisis de ansiedad.



#### VI. PATRÓN COGNITIVO / PERCEPTUAL.

La paciente se encuentra bajo sedación con un Glasgow de 10 puntos , escala de Rass de -5

Las hijas de la paciente comentan que está bien de su vista y no necesita lentes, escucha bien y no tiene problemas del olfato y del gusto antes del ingreso al hospital.

#### VII. PATRÓN DE AUTOPERCEPCIÓN / AUTOCONCEPTO.

La paciente ha descuidado su apariencia física

#### VIII. PATRÓN ROL / RELACIONES.

la paciente lleva una buena relación con su esposo e hija y también con su madre y familiares

#### IX. PATRÓN DE SEXUALIDAD / REPRODUCCIÓN.

Este patrón se encuentra normal sin alteraciones significativas

#### X. PATRÓN DE AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS.

La paciente se mostró renuente al ingreso a esta unidad, ansiosa temblorosa y poco amigable con el personal, la paciente toma ocasionalmente ansiolíticos dados por el especialista, pero refieren familiares no tener un buen apego al tratamiento farmacológico.

#### XI. PATRÓN DE VALORES / CREENCIAS.

La paciente anteriormente profesaba la fe católica por lo que cree en un dios y refieren sus hijas tener buenos valores y principios morales, las hijas tienen conflicto entre si por saber quién se hará cargo de las labores que desempeñaba su madre.



Datos significativos Objetivos/subjetivos	Análisis y agrupación de datos c/ sus respectivas deducciones.	Identificación de dx. Enfermero y problema Interdependiente.	Asignación de nombre del diagnóstico y determinación de factores de riesgo.
Femenino de 63 años de edad diagnóstico médico: choque séptico.	Alteración de la pos carga y la precarga	Diagnóstico enfermero	Disminución del gasto cardiaco m/p alteración de la pos carga y la precarga r/c disminución del índice cardiaco
Parada cardiaca/ hipotensión	Ventilación perfusión.	Diagnóstico enfermero	Deterioro del intercambio de gases m/p cambios de la membrana alveolo capilar r/c gasometría arterial anormal
Función respiratoria alterada	Leucocitosis	Diagnóstico enfermero	Protección ineficaz m/p perfiles hematológicos r/c alteración de la coagulación
Severidad de la infección y malos hábitos higiénicos	Proceso infeccioso	Diagnostico enfermero	Termorregulación ineficaz r/c enfermedad m/p fluctuaciones de la temperatura corporal
Fiebre	Cambio de los roles en el hogar	Diagnostico enfermero	Interrupción de los procesos familiares m/p cambios en los roles r/c cambios en las tareas asignadas
Procesos familiares			



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN SHOCK SEPTICO

<b>DOMINIO: 3</b> <b>Eliminación e intercambio</b>	<b>CLASE: 4 respuesta cardiopulmonar / vascular</b>			
<b>DIAGNOSTICO NANDA:</b>	<b>RESULTADO NOC</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>	<b>PUNTUACION DIANA</b>
<b>Etiqueta (problema)</b> Deterioro del intercambio de gases (00030)  <b>Definición:</b> Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolo capilar. <b>Factores relacionados:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios de la membrana alveolo capilar.</li> <li>• Ventilación perfusión.</li> </ul> <b>Características definatorias:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gasometría arterial anormal</li> <li>• Taquicardia</li> </ul>	<b>Dominio:</b> Salud fisiológica (III)  <b>Clase:</b> Cardiopulmonar  <b>Estado respiratorio (0415)</b>  <b>Definición:</b> Movimiento del aire hacia dentro y fuera de los pulmones e intercambio alveolar de dióxido de carbono y oxígeno	<b>041501</b> frecuencia respiratoria  <b>041502</b> ritmo respiratorio  <b>041505</b> volumen corriente  <b>041508</b> saturación de oxígeno	Desviación Grave del rango 1  Desviación Sustancial 2  Desviación Moderada 3  Desviación Leve 4  Sin desviación del rango 5	<b>Mantener a:</b>  041501 (2) 041502 (2) 041505 (2) 041508 (3)  <b>Aumentar a:</b>  041501 (3) 041502 (3) 041505 (3) 041508 (4)



## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CHOQUE SEPTICO

**INTERVENCION NIC:** Intubación y estabilización de vías aéreas

**CODIGO:** 3120

**DEFINICION:** Inserción o ayuda en la intubación y estabilización de una vía aérea artificial.

**CAMPO:** 2 fisiológico complejo

**CLASE:** k control respiratorio

### ACTIVIDADES

1. Colaborar con el médico para seleccionar el tamaño y tipo correcto de tubo endotraqueal
2. Ayudar en la inserción del tubo endotraqueal reuniendo el equipo de intubación y el equipo de emergencia necesarios auscultar el tórax después de la intubación
3. Inflar el tubo endotraqueal
4. Fijar el tubo endotraqueal
5. Marcar el tubo endotraqueal en la posición de los labios o fosas nasales, utilizando las marcas en cm y registrar
6. Verificar la colocación del tubo con un radiografía de tórax, asegurando la canulación de la tráquea 2 a 4 cm por encima de la Carina.



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CHOQUE SEPTICO

DOMINIO: 11 Seguridad/ protección

CLASE: 6 Termorregulación

DIAGNOSTICO NANDA:	RESULTADO NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
<p><b>Etiqueta (problema)</b> Termorregulación ineficaz <b>(00008)</b></p> <p><b>Definición:</b> fluctuaciones de la temperatura entre la hipotermia y la hipertermia.</p> <p><b>Factores relacionados:</b> Enfermedad</p> <p><b>Características definatorias:</b> Fluctuaciones de la temperatura corporal por encima y por debajo del rango normal.</p>	<p><b>Dominio:</b> salud fisiológica</p> <p><b>Clase:</b> Regulación metabólica (I)</p> <p><b>Termorregulación (0800)</b></p> <p><b>Definición:</b> Equilibrio entre la producción, la ganancia y la pérdida de calor.</p>	<p><b>080019</b> Hipertermia</p> <p><b>080007</b> Cambios de la coloración cutánea</p> <p><b>080006</b> somnolencia</p> <p><b>080014</b> Deshidratación</p>	<p>Grave 1</p> <p>Sustancial 2</p> <p>Moderado 3</p> <p>Leve 4</p> <p>Ninguno 5</p>	<p><b>Mantener a:</b></p> <p>080019 (2) 080007 (2) 080006 (2) 080014 (2)</p> <p><b>Aumentar a:</b></p> <p>080019 (3) 080007 (3) 080006 (3) 080014 (3)</p>





### PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CHOQUE SEPTICO

**INTERVENCION NIC:** Regulación de la Temperatura corporal  
Cuidados que apoyan a la regulación homeostática

**CODIGO:** 3900

**DEFINICION:** consecución y mantenimiento de la temperatura corporal

**CAMPO:** 2 fisiológico complejo

**CLASE:** M Termorregulación

#### ACTIVIDADES

1. Comprobar la temperatura corporal al menos cada 2 horas
2. Controlar la presión sanguínea, el pulso y la respiración
3. Observar el color y la temperatura de la piel
4. Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia
5. Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente
6. Administrar medicamentos antipiréticos si está indicado
7. Utilizar colchón refrigerante y baños tibios para ajustar la temperatura corporal alterada



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CHOQUE SEPTICO

<b>DOMINIO: 4 Actividad/Reposo</b>		<b>CLASE: 4 respuesta cardiopulmonar / vascular</b>		
<b>DIAGNOSTICO NANDA:</b>	<b>RESULTADO NOC</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>	<b>PUNTUACION DIANA</b>
<p><b>Etiqueta (problema)</b> Disminución del Gasto Cardíaco 00029</p> <p><b>Definición:</b> La cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo.</p> <p><b>Factores relacionados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración de la pos carga y la precarga</li> <li>• Alteración del ritmo cardíaco.</li> <li>• Alteración del volumen de eyección.</li> </ul> <p><b>Características definitorias:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios del ECG</li> <li>• Disminución del índice cardíaco</li> </ul>	<p><b>EFFECTIVIDAD DE LA BOMBA CARDIACA 0400</b></p> <p><b>Dominio:</b> Salud fisiológica (III)</p> <p><b>Clase:</b> Cardiopulmonar</p> <p><b>Definición:</b> Adecuación del volumen de sangre expulsado del ventrículo izquierdo para apoyar la presión de perfusión sistémica.</p>	<p><b>40003</b> Índice cardíaco</p> <p><b>40006</b> Pulsos periféricos</p> <p><b>40010</b> Arritmia</p> <p><b>40011</b> Ruidos cardíacos anómalos</p>	<p>Grave 1</p> <p>Sustancial 2</p> <p>Moderada 3</p> <p>Leve 4</p> <p>Ninguno 5</p>	<p><b>Mantener a:</b></p> <p>40003 (2)</p> <p>40006 (2)</p> <p>40010 (2)</p> <p>40011 (2)</p> <p><b>Aumentar a:</b></p> <p>40003 (3)</p> <p>40006 (3)</p> <p>40010 (3)</p> <p>40011 (3)</p>



### PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CHOQUE SEPTICO

**INTERVENCIÓN NIC:** Cuidados cardíacos 4040

**DEFINICIÓN:** Limitación de las complicaciones derivadas de un desequilibrio entre el aporte y la demanda miocárdico de oxígeno en pacientes con síntomas de insuficiencia cardíaca.

**CAMPO:** Fisiológico: Complejo 02

**CLASE:** Control de la perfusión tisular N

**ACTIVIDADES:**

1. Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, relleno capilar, color y temperatura de las extremidades).
2. Observar los signos y síntomas de disminución del gasto cardiaco.
3. Monitorizar el estado cardiovascular.
4. Monitorizar si los valores de laboratorio son correctos (enzimas cardíacas, niveles de electrolitos).
5. Monitorizar el equilibrio hídrico (entradas/salidas y peso diario).



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA CHOQUE SEPTICO

DOMINIO:02 GESTION DE LA SALUD			CLASE :01 PROMOCION DE LA SALUD	
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b> Etiqueta (problema)  <b>PROTECCIÓN INEFICAZ (00043)</b>  <b>DEFINICIÓN:</b> Disminución de la capacidad para auto protegerse de amenazas internas y externas, como enfermedades o lesiones  <b>FACTOR RELACIONADOS:</b> Perfiles hematológicos anormales (coagulación)  <b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b> Alteración de la coagulación	<b>RESULTADO NOC</b>  <b>Respuesta de hipersensibilidad inmunológica(0707)</b> Definición: gravedad de respuestas inmunes inadecuadas  <b>Estado inmune(0702)</b> Definición: resistencia natural y adquirida adecuadamente centrada contra antígenos internos y externos	<b>INDICADOR DEL RESULTADO</b>  Función respiratoria(70718)  Función cardíaca(70719)  Función renal (70721)  Función neurológica(70722)	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>  Gravemente comprometido  Sustancialmente comprometido  Moderadamente comprometido  Levemente comprometido  No comprometido	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>  <b>Mantener a</b> 70718:1 70719:1 70721:2 70722:2  <b>Aumentar a</b> 70718:3 70719:3 70721:4 70722:4



**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CHOQUE SEPTICO**

INTERVENCIÓN NIC: control de infecciones

CÓDIGO:6540

DEFINICIÓN: minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos

CAMPO 04: seguridad

CLASE V: control de riesgos

ACTIVIDADES:

1. Mantener técnicas de aislamiento apropiadas
2. Limitar número de visitas, según corresponda
3. Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación
4. Mantener un ambiente aséptico optimo
5. Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías I.V.
6. Asegurar una técnica de cuidados de medidas adecuada



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA CHOQUE SEPTICO

DOMINIO:7 Rol/Relaciones

CLASE: 2 Relaciones Familiares

<u>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA</u>	RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b>ETIQUETA (PROBLEMA):</b> Interrupción de los procesos familiares</p> <p><b>DEFINICIÓN:</b> Cambio en las relaciones o en el funcionamiento familiar.</p> <p><b>FACTORES RELACIONADOS</b> *Cambio de los roles familiares *Modificación de las finanzas familiares *Cambio de poder de los miembros de la familia.</p> <p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b> Cambios en las tareas asignadas Cambios en la solución de problemas.</p>	<p><b>APOYO FAMILIAR DURANTE EL TRATAMIENTO</b></p> <p><b>DOMINIO:</b>06 Salud familiar</p> <p><b>CLASE:</b> X Bienestar Familiar</p> <p><b>DEFINICIÓN:</b> Capacidad de la familia para estar presente y proporcionar apoyo emocional a una persona sometida a un tratamiento.</p>	<p>260901 Los miembros expresan deseo de querer apoyar al miembro enfermo</p> <p>260910 colaboraran con el miembro enfermo en la determinación de los cuidados</p> <p>260913 Se ponen en contacto con otros miembros según los deseos del enfermo</p> <p>260915 Busca apoyo social para el miembro enfermo</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol>	<p><b>MANTENER A:</b></p> <p>260901: 2 260910: 2 260913: 2 260915: 1</p> <p><b>AUMENTAR A:</b></p> <p>260901: 3 260910: 3 260913: 3 260915: 2</p>



**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA CHOQUE SEPTICO**

**INTERVENCIÓN NIC: Mantenimiento de los procesos familiares**

**CÓDIGO: 7130**

**DEFINICIÓN: Minimizar los efectos de las alteraciones de los procesos familiares**

**CAMPO: 05 Familia**

**CLASE: X Cuidados durante la vida**

**ACTIVIDADES:**

1. Determinar los procesos familiares típicos.
2. Determinar los procesos de ruptura familiares típicos.
3. Identificar los efectos derivados del cambio de papeles en los procesos familiares.
4. Estimular las visitas de miembros de la familia, si resulta oportuno.
5. Facilitar la flexibilidad de las visitas para cumplir con las necesidades de los miembros de la familia y el paciente.
6. Informar sobre los mecanismos de apoyo sociales existentes para la familia.
7. Minimizar la ruptura de la rutina familiar facilitando rutinas y rituales familiares, tales como comidas privadas o debates familiares para la comunicación y la toma de decisiones.



## 8.5 EVALUACION

Al realizar las intervenciones de enfermería, se consiguió la estabilización de las constantes vitales del paciente. Se siguió la sistematización de los once patrones funcionales de Mary Gordon y las recomendaciones de la guía de práctica clínica en manejo y tratamiento del choque séptico, así como las medidas asistenciales de enfermería, se establecen metas y se priorizan resultados oportunamente.

## IX. PLAN DE ALTA

El plan de alta consiste en mejorar los hábitos higiénicos una vez la paciente este en casa, tener un adecuado control y apego al tratamiento farmacológico para prevenir futuras complicaciones, contar con el apoyo emocional del grupo familiar para el manejo y control de la enfermedad.

## X. CONCLUSION

La conclusión de este proceso enfermero al revisar la bibliografía es que se pueden prevenir las complicaciones del choque séptico, cabe señalar que la sobrevida de los pacientes no da un panorama alentador sin embargo el actuar oportuno del personal de enfermería ayuda a disminuir estas complicaciones al monitorizar adecuadamente al paciente. La detección precoz de hipo perfusión y una reanimación agresiva dirigida a la normalización de los parámetros de perfusión constituyen el pilar del manejo del choque séptico en la actualidad.





## XI. BIBLIOGRAFIA

- Amezcuca, M. (2018 ). ¿Por qué afirmamos que la Enfermería es una disciplina consolidada? *scielo* .
- Bruhn, A. (2011). Manejo del paciente con shock septico . *Revista medica clinica condes* , 294-300.
- C., D. A. (2018). Manejo del paciente con choque septico . *revista medica condes* , 294.
- carolina, N. (2010 ). El proceso de enfermeria instrumento para el cuidado . *umbral cientifico* , 18-23.
- Huitzi-Egilegor, J. X., & Elorza-Puyadena, M. I. (2012 ). Uso del proceso de enfermería en los centros públicos y privados. *scielo* .
- Juárez-Rodríguez, P. A. (2009). La importancia del cuidado de enfermería. *medigraphic* , 109-111.
- M.D., F. B. (julio de 2016). SEPSIS SEVERA Y SHOCK SÉPTICO. *MEDICRIT*, 57.
- Sanchez, F. V. (2006). Shock séptico. *Medicina intensiva* , 195-200.
- SEGOB. (2013). Ley general de salud. En s. d. salud.
- GUIA DE PRACTICA CLINICA diagnóstico y tratamiento de choque séptico
- salud, S. d. (17 de septiembre de 2013 ). NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de. Diario oficial de la federación .
- salud, S. d., & subsecretaria de Evaluación y calidad . (2002). CIE. México.
- Sanchez , H. B. (2009). Bienestar espiritual en personas con y sin discapacidad. *Aquichan* , 8-22.
- SEGOB. (17 de Agosto de 2015). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicano. Artículo 4°. Recuperado el 7 de Diciembre de 2020, de Blog de la



Secretaría de Salud : <https://www.gob.mx/salud/articulos/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicano-articulo-4>

SEGOB. (2017 ). Gobernación . Recuperado el 7 de Diciembre de 2020, de <https://www.gob.mx/salud/articulos/conoce-las-acciones-esenciales-para-la-seguridad-del-paciente?idiom=es>

silva Faria , J. M., Pontifice Sousa , P., & Joao Pinto Gomes , M. (2018). La comodidad del paciente en cuidados intensivos – una revisión integradora. *Enfermería Global*, 447 .

Soto, G. L. (2019). El paciente crítico crónico . Elsevier , 160-170.