



UAGro

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUERRERO

Posgrado de enfermería
Especialidad en Cuidados intensivos

Generación: 2019 -2020

Trabajo de investigación:

**“Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en un
paciente con epiglotitis aguda”**

Para obtener el diploma de Enfermera Especialista en Cuidados
Intensivos

Presenta:

Alumna: L.E. Mayreth Joshelin Bailón Ramírez

Directora del trabajo de investigación interna: Dra. Norma Angélica
Bernal Pérez Tejada

Directora del trabajo de investigación externa: M.C.E. Imelda Villegas
Lelovska

Coordinadora de posgrado: M.C.E Eva Barrera García

Línea de Generación: Calidad de los procesos de cuidados intensivos
al paciente en estado crítico

Grupo disciplinar: Gestión y docencia en enfermería

Fecha: Julio 2021

Contenido

I.- Introducción	3
II.- Justificación	4
III.- Objetivos	5
3.1 Objetivo general	5
3.2 Objetivos específicos	5
IV.- Metodología	6
V.- Marco teórico	8
5.1. Enfermería como profesión disciplinaria	8
5.2 El cuidado de Enfermería como objeto de estudio (el paciente).....	10
5.3 El proceso de Atención de Enfermería.....	11
5.4 teoría del déficit de autocuidado (Dorothea Orem)	13
5.5 Etapas del Proceso de Atención de enfermería	18
5.5.1 Valoración	18
5.5.2 Diagnóstico	18
5.5.3 Planeación	20
5.5.4 Ejecución	20
5.5.5 Evaluación	22
5.5.6 Problemática de salud, diagnóstico y tratamiento.....	22
VI. Resumen del caso clínico	26
VII. Desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería.....	30
7.1 Valoración de enfermería desde el ingreso del paciente al instituto nacional de rehabilitación de acuerdo al modelo de Dorothea Orem.....	30
7.2 Diagnóstico	36
Razonamiento diagnostico.....	38
7.3. Planificación y Ejecución.....	39
7.4 Evaluación final del paciente.....	51
VIII Plan de alta.....	52
IX. Conclusión	53
XI. Glosario de términos	56
XII. Anexos	57

I.- Introducción

En la disciplina de Enfermería se pueden identificar diferentes Modelos y Teorías; Dorothea Orem presenta su “Teoría de enfermería del déficit de autocuidado” como una Teoría general compuesta por tres Teorías relacionadas: “la Teoría del autocuidado”, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; “la Teoría del déficit de autocuidado”, sobre cómo la enfermera puede ayudar a la gente, y “la Teoría de los sistemas de enfermería”, que detalla las relaciones que hay que mantener, y la serie de acciones que realiza la enfermera para satisfacer las necesidades de autocuidado.¹

El caso clínico se realizó desde el ingreso del paciente, su estancia y su evolución en la unidad de cuidados intensivos, se identificó las necesidades y/o problemas derivados de los procesos patológicos presentes en el paciente, en el cual se ejecutó y evaluó planes de cuidados para abordar con profundidad los problemas de salud detectados. Se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería como instrumento para el cuidado y la Teoría de los sistemas de Enfermería.

Este proporciona el contexto dentro del cual la Enfermera se relaciona con el individuo, lo diagnóstica, prescribe, diseña y ejecuta el cuidado basado en el diagnóstico de los déficits de autocuidado. El presente trabajo fue llevado a cabo en el Instituto Nacional de Rehabilitación de México de la unidad de cuidados intensivos de traumatología cama 7 muestra cómo el PAE utiliza la Teoría General del Autocuidado de E. Dorothea Orem aplicada a un paciente adulto con diagnóstico principal epiglotitis aguda.

II.- Justificación

En el siguiente trabajo describo la importancia de los cuidados del personal de Enfermería especialmente este caso enfocado a la asistencia del paciente, se describe el caso de un paciente con diagnóstico de epiglotitis aguda, a través del Modelo de Dorothea Orem, valorando, diagnosticando, planificando, ejecutando y evaluando los cuidados a seguir, usando la taxonomía NANDA, NOC y NIC.

El Proceso de Atención de Enfermería se convierte en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional de Enfermería, el cual está 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, basado en las 5 etapas del PAE.

Las habilidades y destrezas que se crean fortalecen el proceso formativo de la disciplina profesional del área de la salud tanto en términos científicos como procedimentales, conductuales y actitudinales y, finalmente, la crítica entendida como las consideraciones a partir de la revisión, interiorización y aplicación de los contenidos de las ciencias en general y de la experiencia con una postura lógica, coherente y constructiva.²

III.- Objetivos

3.1 Objetivo general

- Realizar un plan de cuidado que permita brindar una atención de enfermería personalizada, utilizando la teoría del autocuidado de Dorothea Orem en el proceso de Atención de Enfermería, para que permita mostrar el vínculo entre práctica y teoría de Enfermería.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar las necesidades reales y potenciales de un paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos
- Constituir una estructura de cuidado de enfermería individualizada que pueda cubrir las necesidades del paciente, así como restaurar el mantenimiento de sus capacidades funcionales aplicando el PAE.
- Establecer planes de cuidados individualizado de un paciente con diagnóstico de Epiglotitis Aguda para cubrir y resolver los problemas y prevenir las posibles complicaciones de la enfermedad actual del paciente.

IV.- Metodología

Proceso de Atención de Enfermería (PAE) está constituido por una serie de etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas, que son cinco:

El proceso sistemático utilizado fue el proceso atención de enfermería que se basa en la Interrelación NANDA internacional (diagnósticos de enfermería), NOC (Nursing Outcomes Classification) y NIC (Nursing Interventions Classification), con la inclusión de las guías de práctica clínica GPC, utilizando cada una de las cinco etapas para poder brindar un enfoque más holístico y centrado en las respuestas humanas del paciente. Donde cada una se relaciona permanentemente de forma cíclica y dinámica. ²

En donde se establecieron las cinco etapas:

- Etapa de Valoración

Consistió en una entrevista de manera indirecta a su esposa en la cual se buscó a profundidad para recabar los datos relacionados con su estilo de vida y por medio del expediente electrónico del paciente se recabo datos significativos del estado de salud del paciente.

- Etapa de Diagnóstico

Para el razonamiento crítico se utilizaron las categorías diagnósticas de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), los diagnósticos de enfermería únicamente hacen referencia a situaciones en que la enfermera (o) puede actuar en forma independiente.

- Etapa de Planeación

Durante esta etapa se elaboraron planes de cuidados que integran: El problema de salud, objetivos, acciones de enfermería, se priorizaron de acuerdo a los requisitos universales de Dorotea E. Orem cuales son aquellos que ponen en peligro la vida del paciente, para posteriormente establecer objetivos centrados en su familia y/o comunidad para dar solución al problema.

- Etapa de Ejecución

Durante esta etapa se identificó la respuesta del paciente a las atenciones de enfermería. Se estableció la prioridad a la ayuda que se presta al paciente para que adquiriera independencia máxima y recupere su confianza para atender sus propias necesidades. El plan de alta al salir del hospital son parte importante de las intervenciones de enfermería.

- ✚ Etapa de Evaluación

Esta etapa del proceso de enfermería, estuvo presente durante la ejecución del cuidado, por lo tanto, fue un proceso continuo que se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.

V.- Marco teórico

5.1. Enfermería como profesión disciplinaria

En la formación enfermera, los significados asignados a los aspectos disciplinares y profesionales se construyen a partir de encuentros y desencuentros en relación con las intenciones formativas, concepciones y acciones que los distintos actores del proceso pedagógico les asignan a estas categorías, asuntos que, a través de la concreción de ciertas prácticas educativas, van dando forma al pensamiento y quehacer enfermeros como se muestra a continuación.

Aspectos disciplinares de la formación enfermera: intenciones formativas y concepciones sobre lo disciplinar. La intención en el proceso formativo: La “formación para el cuidado” frente a “estudiar para ser jefes”.

La intención formativa. Se encuentra disimilitud entre docentes y estudiantes, pues cada uno de los actores asigna sus propios significados construidos a partir de sus experiencias y expectativas personales y profesionales. Para los docentes con funciones administrativas, la intención del proceso formativo es lograr una “formación para el cuidado”. (Ocampo Rivera , Madrigal Ramírez, Forero Pulido, & García Aguilar, 2018)

La Enfermería define claramente su objeto de estudio cuando afirma ocuparse de proporcionar cuidado profesional a las personas que, en interacción continua con su entorno, viven experiencias de salud-enfermedad. Algunos lo denominan metaparadigma enfermero, aunque bien podríamos llamarle simplemente perspectiva enfermera. Para alcanzar su objeto, la Enfermería se afana en procurar satisfacer las necesidades básicas que dan sustento a la vida mediante un método propio que llamamos Proceso de Atención de Enfermería, que no es más que una adaptación del método científico a nuestro campo disciplinar. La perspectiva y el método son aprendidos a través de programas de educación superior, generalmente en centros universitarios. Y nada de esto es nuevo, sino que responde a una tradición histórico-cultural que se pierde en la noche de los tiempos. (Amezcuca, 2018)

Formación disciplinar en el plan de estudios del pregrado de enfermería

Durante el pregrado, lo disciplinar está relacionado con los seminarios de ética y de enfermería; no obstante, a pesar de los cinco cursos existentes en la malla curricular, docentes, egresados y grupo administrativo no identificaron ningún aporte para el desarrollo disciplinar y profesional en la vida laboral. Las falencias, según los participantes, guardan relación con la manera como se abordan dichos aspectos: “los seminarios no han fortalecido la parte disciplinar de los estudiantes. (Ocampo Rivera , Madrigal Ramírez, Forero Pulido, & García Aguilar, 2018)

Muchas de las actuales especialistas del tema consideran a Nightingale como la primera teórica ya que aplicó un proceso consistente en la observación y le brindó especial atención al entorno que rodea al individuo. En sus apuntes (notes on nursing. What it is and what it is not) conceptualizó la enfermería como la encargada de la salud personal de alguien y lo que la enfermera tenía que hacer era poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actuara sobre él. (Hernández Cortina, 2004)

Los docentes reconocen tener conocimientos y habilidades técnicas que les permiten desempeñar su rol enfermero en la atención clínica; sin embargo, consideran necesario tener una formación disciplinar y pedagógica para ejercer su rol de educadores: “traer docentes de la calle que, lo digo por mí misma, no tenemos mucha formación disciplinar ni en pedagogía... Usted viene de asistencia... Usted tiene sus habilidades técnicas, y sus conocimientos en lo que hace y eso no lo hace bueno o mal enfermero si no que faltan algunas cosas para usted trabajar la parte de docencia y disciplinar”. (Ocampo Rivera , Madrigal Ramírez, Forero Pulido, & García Aguilar, 2018)

5.2 El cuidado de Enfermería como objeto de estudio (el paciente)

La revisión acerca del cuidado de enfermería, nos lleva a la reflexión de que el profesional de enfermería necesita una reforma humanista que le permita formarse un correcto y elaborado juicio de lo que significa cuidar al paciente y centrar su función, en la atención y apoyo, para que de esta manera se puedan brindar servicios de una clase nueva y diferente de profesionales sanitarios. Para comprender y sensibilizarse ante la importancia del cuidado de enfermería, es necesario identificar el origen y conceptualización del cuidado. (Juárez Rodríguez & García Campos, 2009)

Se requiere de una nueva filosofía que sea holística, ecológica y espiritual que nos identifique como ciudadanos del mundo con nuestras obras. Una de las profesiones humanistas de naturaleza social es Enfermería; cuya práctica profesional debe estar fundamentada en ofrecer un cuidado humanizado, donde no solo se trate el órgano o sistema que está enfermo, sino que también se aborden las diferentes dimensiones del receptor del cuidado. Es fundamental, reflexionar sobre la visión holística de la persona, visualizándolo permanentemente como una unidad, cuya concepción es imperativa moralmente en las ciencias humanistas, en un intento por minimizar la fragmentación y/o cosificación de la persona y considerarlo como sujeto, en esta sociedad del conocimiento, de grandes avances científicos y tecnológicos. (Guevara, y otros, 2014)

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, reestablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente. Sin embargo, existen situaciones que influyen en el quehacer del profesional de enfermería, olvidando en algunos momentos, que la esencia de ésta, es el respeto a la vida y el cuidado profesional del ser humano. (Juárez Rodríguez & García Campos, 2009)

Hoy en día un gran número de enfermeras están comprometidas con una práctica profesional al lado de personas, familias o comunidades, y son responsables de ofrecer cuidados específicos basados en las necesidades que viven las personas ante diversas experiencias de salud. De manera general podemos decir, el centro de interés de la disciplina de enfermería indica aquello que se orienta a la práctica de la enfermera, sobre lo que dirige su juicio clínico y sus decisiones profesionales. Por lo tanto, la práctica de enfermería se ocupa más allá del acto de cuidar que une el "qué" del cuidado y el "cómo" de la interacción persona-enfermera, implica crear un cuidado que recurra a diversos procesos: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones. Desde esta perspectiva se trata de un cuidado innovador que une la ciencia y el arte de enfermería y que se centra en la persona, la cual, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud. (Zarate Grajales, 2004)

Cuidar implica conocer a cada ser humano, interesarse por él que exige un esfuerzo de atención, una concentración a veces más agotadora que el esfuerzo físico. El valor del cuidado se fundamenta en la enfermera(o) creativa(o) cuyo ser es trascendente. Las condiciones necesarias y suficientes para que se dé el cuidado incluye: a) conciencia y conocimiento sobre la propia necesidad del cuidado. b) Intención de actuar con acciones basadas en el conocimiento. c) Cambio positivo como resultado del cuidado, juzgado solamente con base al bienestar de los demás. (Juárez Rodríguez & García Campos, 2009)

5.3 El proceso de Atención de Enfermería

El proceso de atención de enfermería (PAE), es el método más documentado a nivel internacional con el cual estructurar la práctica del cuidado científico, fundamentado en los procesos de resolución de problemas y toma de decisiones. Este se conforma de 5 fases: valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación; y se caracteriza por fomentar la asistencia reflexiva y organizada, la continuidad e individualización de los cuidados, el uso racional del tiempo y el

desarrollo del pensamiento crítico en el recurso humano. (Jara Sanabria & Lizano Pérez, 2016)

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.

(Reina G., 2010)

Es el método más documentado a nivel internacional con el cual estructurar la práctica del cuidado científico, fundamentado en los procesos de resolución de problemas y toma de decisiones. Asimismo, se ha determinado que su aplicación favorece el desarrollo profesional e impacto de la carrera a nivel social, principalmente, si se optimiza con una práctica constante, acompañamiento docente durante la formación universitaria, la adquisición de experiencias y conocimientos, así como, la incorporación de teorías y modelos conceptuales disciplinares. (Jara Sanabria & Lizano Pérez, 2016)

5.4 Teoría del déficit de autocuidado (Dorothea Orem)

Nacida en Baltimore (1914) e interesada en los cuidados que enfermería proporciona, así como en mejorar la formación práctica, realizó múltiples observaciones y análisis alrededor de la condición humana, lo que le permitió delimitar la Teoría de Enfermería sobre el déficit de autocuidado compuesta a su vez por tres Teorías (Teoría del autocuidado, Teoría del déficit de autocuidado y la Teoría del sistema de enfermería), relacionadas entre sí y fundamentada en diferentes elementos teóricos.

La propuesta de Orem denominada Teoría de Enfermería del déficit de autocuidado es descriptivamente explicativa de la relación entre las capacidades de acción de los individuos y sus demandas de autocuidado, o las demandas de cuidado de los niños o adultos que de ellos dependen. Los déficits de autocuidado pueden asociarse, sin embargo, con la presencia de trastornos humanos funcionales o estructurales.

Para aplicar la Teoría de Orem es necesario conocer cómo define los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería, entorno y salud.

- a. Define al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante, con la capacidad de reflexionar sobre sí mismo y su entorno, simbolizar lo que experimenta y usar ideas o palabras para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismo y para otros.
- b. Define los cuidados de enfermería con el fin de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta.
- c. El entorno es entendido como todos aquellos factores físicos, químicos, biológicos y sociales, familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.
- d. Finalmente define la salud como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona.¹

En el fundamento de su Teoría resaltan cinco premisas:

1. Los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados, de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza.
2. La actividad humana, el poder de actuar de manera liberada, se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios.
3. Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y los demás, haciendo de la sostenibilidad de vida, los estímulos reguladores de las funciones.
4. La actividad humana se ejercita descubriendo, desarrollando y transmitiendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear los estímulos para uno mismo y los otros.
5. Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan la responsabilidad para ofrecer cuidado a los miembros del grupo, que experimentan, con el fin de ofrecer estímulos requeridos, deliberados de uno mismo y de los demás.

Las anteriores premisas permiten clarificar los conceptos relacionados con el Modelo de Dorothea Orem, aunque no son las únicas. Orem fortaleció su teoría general a través de la aplicación de tres Teorías, descritas a continuación:

Teoría del autocuidado

Describe el por qué y cómo las personas se cuidan a sí mismas. Muestra aquello que las personas necesitan saber; qué se requiere y qué deben estar haciendo o haber hecho por ellos mismos, para regular su propio funcionamiento y desarrollo, provee bases para la recolección de datos.

En su aspecto más sencillo, el autocuidado puede considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobre vivir, Orem contempla que el concepto de autocuidado como la totalidad

del individuo, incluyendo no solo las necesidades físicas, sino también psicológicas y espirituales, y el concepto cuidado como la totalidad de las actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él.

Específicamente puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

1. Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
2. Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normal.
3. Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
4. Prevención de la incapacidad o su compensación.
5. Promoción del bienestar.

Requisitos de autocuidado

Al referirse a los requisitos de autocuidado precisa que éstos son comunes a todos los seres humanos, la diferencia radica en el proceso (en enfermería) en que son analizados y estructurados a nivel teórico para su mejor comprensión y estudio (la enfermería añade a lo cotidiano, el aspecto profesional), por lo que hace referencia a que el objetivo de la enfermería es “ayudar al individuo a llevar a cabo y por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o enfrentar las consecuencias de dicha enfermedad”.

Finalmente es importante aclarar que, aunque no todo lo relacionado con la terminología del autocuidado se relaciona con los planteamientos de Orem, si se consideran que hay aspectos que son una parte fundamental de la propuesta así, los requisitos se dividen en:

a) Requisitos de autocuidado universales

El primer grupo de requisitos se refiere al cuidado universal, el cual incluye las actividades esenciales o imprescindibles para ejercer el autocuidado,

independientemente del estado de salud, edad, nivel de desarrollo o entorno ambiental de un individuo. Abarca los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales para la vida y el funcionamiento humano. Los problemas que ocurren en estas áreas podrán conducir a estados potencialmente peligrosos para la vida. Se considera como demandas de autocuidado que se hacen al individuo cuando un individuo debe cubrir activamente estas demandas mediante el empleo de habilidades que ha aprendido y que tienen lugar en un contexto cultural apropiado.

b) Requisitos de autocuidado del desarrollo

En el segundo grupo de requisitos se circunscriben las actividades asociadas con el desarrollo humano, las cuales se presentan en circunstancias especiales y en ciertas etapas específicas, como, por ejemplo, ser un neonato. Este segundo grupo implica la provisión de cuidados asociados a condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano.

c) Requisitos de autocuidado de desviación

Son las asociadas o requeridas durante los cambios del bienestar o la condición holística personal, como resultado de algún malestar, lesión o enfermedad.

Teoría del déficit de autocuidado

Tiene su origen en la finalidad propia de la enfermería, a saber, los seres humanos son sometidos a limitaciones a causa de su salud, o relacionados con ella, para ocuparse de su autocuidado o del cuidado dependiente. Postula el propósito o enfoque del proceso diagnóstico, la demanda, las capacidades y limitaciones de cuidado del individuo que pueden ser calculadas a fin de proporcionar el cuidado de acuerdo a la demanda establecida y determinada, por lo tanto, la relación entre la demanda y la capacidad puede ser identificada claramente. Es decir, describe y explica cómo enfermería puede ayudar a las personas.

Teoría de los sistemas enfermeros (de los sistemas de enfermería)

Proporciona el contexto dentro del cual la enfermera se relaciona con el individuo, lo diagnóstica, prescribe, diseña y ejecuta el cuidado basado en el diagnóstico de los déficits de autocuidado.

Describe y explica qué hay que mantener para que se produzca la enfermería, a través de:

a) Sistemas de enfermería totalmente compensatorios.

Opera cuando el agente de cuidado dependiente es incapaz de decidir y actuar. En este sentido las intervenciones de la enfermera se dirigirán a que ella realizará el autocuidado terapéutico del paciente, compensará la incapacidad del paciente de conseguir el autocuidado.

b) Sistemas de enfermería parcialmente compensadores.

Cuando el paciente necesita de asistencia para tomar decisiones, modificar un comportamiento o adquirir un conocimiento o habilidad. Tanto el paciente como enfermería realizan el autocuidado, la acción de ésta, es regular el ejercicio y el desarrollo de la acción de autocuidado hecha por el paciente o en su caso el agente de cuidado dependiente.

c) Sistema de apoyo-educación.

Este sistema es 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, cuyo papel se limitará a proporcionar la ayuda para tomar las decisiones correspondientes a la salud, así como para otorgar los conocimientos y habilidades respectivas.

5.5 Etapas del Proceso de Atención de enfermería

5.5.1 Valoración

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 cefalocaudal 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. (Jara Sanabria & Lizano Pérez, 2016)

5.5.2 Diagnóstico

Es un juicio clínico sobre un individuo, familia o grupo de la comunidad, que se deriva de la recolección análisis y síntesis de datos obtenidos en la valoración. Identifica los diferentes problemas para los cuales se pueden ofrecer soluciones, interpretando y analizando los datos. Compara los datos con los estándares normales establecidos. Reúne y agrupa los datos formulando hipótesis provisionales y diagnósticos según el problema identificado en la situación de salud-enfermedad. Registra los diagnósticos de enfermería en el plan de cuidados. (González Salcedo & Chaves Reyes, 2009)

Tipos de diagnósticos:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición, características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1. a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir

esta capacidad basándose en i los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud. (Martínez Gutiérrez, 2021)

5.5.3 Planeación

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas,

Etapas en el Plan de Cuidados

Establecer prioridades en los cuidados. Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos... Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta.

Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario, así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último, es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta. (Martínez Gutiérrez, 2021)

5.5.4 Ejecución

Son las intervenciones que desarrolla enfermería, con y para el paciente, con el fin de lograr los resultados. Valora nuevamente al paciente, estableciendo prioridades en la ejecución de su cuidado. Verifica la necesidad de intervención de enfermería. Brinda el cuidado de enfermería planeado. Informa qué intervenciones se han realizado y cuáles están pendientes por ejecutar. Registra los cuidados realizados

y las respuestas del paciente a estos. Valora nuevamente al paciente, estableciendo prioridades en la ejecución de su cuidado. (González Salcedo & Chaves Reyes, 2009)

5.5.5 Evaluación

La evaluación es una actividad planificada y continuada, en la cual se determina la evolución del paciente en relación con los resultados y la eficacia del plan de cuidados. Brinda el cuidado de enfermería planeado. Informa qué intervenciones se han realizado y cuáles están pendientes por ejecutar. Registra los cuidados realizados y las respuestas del paciente a estos. Determina si se han logrado los objetivos establecidos en cada una de las etapas del PAE. Evalúa con la persona atendida, los resultados del cuidado. Evalúa con el personal de enfermería y otros profesionales las intervenciones de enfermería, con los logros y resultados de la persona atendida. Revisa, modifica o finaliza el plan de cuidados según la situación de salud de la persona. Registra los resultados obtenidos y las modificaciones del plan de cuidados. (González Salcedo & Chaves Reyes, 2009)

5.5.6 Problemática de salud, diagnóstico y tratamiento

Epiglotitis aguda del adulto.

Se denomina también laringitis supraglótica vestibular, ya que es una infección que afecta a las distintas partes que conforman dicha área (epiglotis, pliegues aritenopiglóticos, cuerdas vocales falsas y aritenoides). (M. Guerra & Muhammad Waseem, 2021)

es una enfermedad poco frecuente, potencialmente grave e incluso letal, que es causada por una inflamación de la epiglotis y a menudo de otras estructuras anatómicas supraglóticas. Hasta en un 90% de los casos el microorganismo responsable es el *Haemophilus influenzae tipo b* (Hib), aunque pueden causarla otros gérmenes como *Streptococcus pneumoniae* o *Staphylococcus pyogenes*. (Rodríguez Rodríguez, Murcia Olagüenaga, Rodríguez Asensio, García Martínez, & Rodríguez Rosell, Mayo - Junio 2018)

Etiología

La forma de presentación clínica de la epiglotitis en el adulto consiste en un cuadro brusco de malestar general, inicialmente acompañado de faringolalia (voz gangosa o engolada) y odinofagia intensa. A medida que evoluciona el proceso, el paciente presenta sialorrea, disfonía, voz apagada, tos seca, estridor y posición «en trípode» debido a la dificultad respiratoria. (Rodríguez Rodríguez, Murcia Olagüenaga, Rodríguez Asensio, García Martínez, & Rodríguez Rosell, Mayo - Junio 2018)

La causa de la epiglotitis es más comúnmente infecciosa, ya sea de origen bacteriano, viral o fúngico. Se han implicado otros agentes como *Streptococcus pyogenes*, *S. pneumoniae* y *S. aureus*. En pacientes inmunodeprimidos, se han nombrado *Pseudomonas aeruginosa* y *Cándida*. Las causas no infecciosas pueden ser traumáticas, como la ingestión de cuerpos extraños, cáusticos o térmicos. (M. Guerra & Muhammad Waseem, 2021)

Fisiopatología

En adultos, cuyos cartílagos son más rígidos, el cartílago laríngeo / epiglótica más rígido puede resistir una infección epiglótica aislada y el aumento resultante de la masa epiglótica; pero una infección que abarca más de los tejidos de la supraglotis, lo que provoca edema, puede provocar síntomas y una vía respiratoria inestable.

H. influenzae y otras infecciones de la epiglotis pueden producir un edema marcado e hinchazón de la epiglotis y supraglotis de pacientes de cualquier edad; Este edema puede extenderse rápidamente a estructuras adyacentes, lo que lleva al rápido desarrollo de síntomas de obstrucción de las vías respiratorias. (M. Guerra & Muhammad Waseem, 2021)

Tratamiento:

La epiglotitis es un cuadro agudo susceptible de complicación grave o incluso fatal por lo que el paciente debe estar sometido a una estrecha vigilancia. La mayoría de los autores defienden que el tratamiento correcto en adultos y en ausencia de compromiso de la vía aérea consiste en el ingreso hospitalario y la administración

precoz de antibióticos de amplio espectro por vía endovenosa, debiendo comenzar el tratamiento antibiótico lo antes posible, en dosis elevadas, y si fuese posible adaptado al antibiograma. El H. influenzae tipo B ha demostrado resistencias variables a la Ampicilina y a la Amoxicilina-clavulánico, por lo que actualmente suelen emplearse más las cefalosporinas de segunda y tercera generación, asociada a un aminoglucósido y eventualmente a metronidazol. En casos de alérgicos a la penicilina se utiliza Aztreonam y Cloranfenicol. El tratamiento antibiótico suele asociarse siempre, y sobre todo si existe un edema importante, a un tratamiento con corticoides intravenoso y/o en aerosol, en caso de supuración la corticoterapia es más discutida. Cada aerosol puede estar compuesto por: una ampolla de 1 mg de adrenalina, una ampolla de dexametasona, una ampolla de Bromhexina y una ampolla de Framicetina. No deben olvidarse los analgésicos y la rehidratación. El paciente quedara en ayunas hasta la mejoría de los signos clínicos. La alimentación se reiniciará al evidenciarse una buena evolución local y general. En los adultos, el control de la vía aérea mediante intubación está indicado solo cuando aparecen signos de gravedad respiratoria, y tanto más cuanto más precoz sea la aparición de la disnea. En caso de no poder proceder a la intubación y ante la urgencia respiratoria, hay que realizar una traqueotomía bajo anestesia local. Algunos autores defienden esta segunda opción para el control de la vía aérea en lugar de la intubación orotraqueal, por considerarla más segura. En general la evolución es buena con tratamiento intravenoso en un plazo de 24-48 horas, y no es necesaria ninguna otra técnica, pero siempre existe la posibilidad real de tener que asegurar la vía aérea. (Terre Falcón, Anguita Sánchez, & Sánchez González, S.F.)

Complicaciones

Las complicaciones de la Epiglotitis incluyen las siguientes:

- * Celulitis
- * Adenitis cervical
- * Absceso epiglótica
- * Meningitis

- * Neumonía
- * Edema pulmonar
- * Insuficiencia respiratoria
- * Shock séptico
- * Hipoxia
- * Ventilación prolongada
- * Traqueotomía
- * Muerte

Atención postoperatoria y de rehabilitación

Una vez que el paciente ingresa, es necesario el siguiente cuidado:

1. No agite al paciente
2. Administrar oxígeno humidificado
3. Permita que el paciente elija la posición que le resulte más cómoda
4. Evite el uso de inhaladores y sedantes.
5. Esté preparado para un empeoramiento repentino de la condición clínica.
6. Tenga siempre un corte de traqueotomía al lado de la cama
7. Con el tratamiento apropiado, la mayoría de los pacientes mejoran en 48 a 72 horas, pero aún se requieren antibióticos durante 7 días. Sólo los pacientes afebriles deben ser dados de alta. (M. Guerra & Muhammad Waseem, 2021)

VI. Resumen del caso clínico

Ficha de identificación

Nombre: J.G.G.	Edad: 58 años	Sexo: Hombre
N° E: N-387587/2020	FN: 04/03/1962	
Fecha de ingreso: 29/08/2020	Diagnóstico: Epiglotitis aguda + Papilomatosis laríngea+ shock séptico	

Caso clínico

Paciente residente del Estado de México, estado civil: casado, estudios: primaria completa, jefe de familia funcional, el cual acude al servicio de urgencias el día 29/08/2020 por dificultad respiratoria, disfagia, disfonía, aumento de secreciones salivales, aumento de volumen en la región cervical anterior y fiebre, el cual refiere tres días de evolución. Refiere haber acudido a medico particular, el cual receto dexametasona 8mg, sin notar mejoría, por lo cual acude al hospital ABC, en donde se le realizo una nasofaringolarigoscopia, en el cual se observa edema en la región supra glótica y un notorio compromiso de la vía aérea en un 70%.

Con antecedentes de rinitis alérgica, papilomatosis laríngea, con lesión en comisura anterior descartar cáncer de laringe asociado, niega antecedentes crónico-degenerativo, sin cirugía, transfusiones y hospitalizaciones previas, a la valoración se encuentra paciente en posición trípede, con datos aparentes de dificultad respiratoria y disfonía, con siguientes signos vitales: spo2: 93% al aire ambiente y 98% c/oxigeno suplementario, temp.:38.5°C, FC:110 lpm, TA:112/75, FR:24 rpm, hisopado nasofaríngeo: negativo, aumento de volumen anterior en región cervical a la inspección, debido al compromiso agudo de la vía aérea se decide interconsulta a terapia intensiva y anestesiología de ortopedia, para valoración de intubación (se ordenan laboratorios y gasometría).

Laboratorios:

Química sanguínea

Glucosa	Creatinina	Urea
137 .	1.16.	59.

Biometría hemática

Leucocitos	Hemoglobina	Hematocrito	Plaqueta
7.7	16.1	47.6	245

Grupo sanguíneo y factor RH

Grupo sanguíneo	Factor RH
O.	Positivo

Tiempos de coagulación

Trombina	INR	Protrombina
13.0	1.12	26

Gasometría

Ph	PcO2	Bicar	Eb	Po2	Sat	Hb	Lact	Sodio	Potasio
7.44	28.8	19.4	-2.8	40	98.7	15.5	2.3	143	3.6

Posteriormente médicos acuden a valoración y no consideran al paciente candidato a intubación por datos clínicos y hemodinámicos, así como por gasometría por lo que se sugiere continuar en vigilancia con tratamiento médico, medidas generales, nebulización y administración de esteroides inhalados.

Diagnóstico

- Epiglotitis aguda + Papilomatosis laríngea (papiloma virus)

03-09-2020 Paciente masculino de 58 años de edad, alerta y cooperador, sentado en reposet, con ligera palidez mucotegumentaria, aparenta estabilidad clínica a pesar de estado delicado de salud, con diagnóstico de epiglotitis aguda. Se mantiene hospitalizado en piso de otorrinolaringología para continuar manejo antibiótico y vigilancia de patrón respiratorio.

El día 02/09/2020 por la noche presento fiebre (38c), se administra metamizol para regularización de la temperatura, refiere dolor torácico (no opresivo), artralgia y mialgia de miembros torácicos, asociados al dolor. sin cambios de temperatura, abdomen globoso, no doloroso a la palpación, miembros superiores con limitación movilidad pasiva y contractura muscular de bíceps y deltoides izquierdos. Continúa con esquema de antibiótico con ceftriaxona y vancomicina.

Diagnóstico de Epiglotis y probable perforación de vía aérea subglótica (probablemente en esófago) colección mediastinal y pleural derecha, con consolidación basal ipsilateral. Además de enfisema subcutáneo cervical y en pared anterior de tórax, se comentaron hallazgos con infectología, decidiendo escalar antibioticoterapia a meropenem, vancomicina. El paciente presento pico febril, se recolectan muestras para hemocultivos, se realzo nuevo hisopado para COVID y prueba rápida para VIH el cual fue negativo, se interconsulta con servicio de cirugía de tórax del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, quienes refieren que el paciente tiene indicación total, para exploración quirúrgica de región cervical mediastinal y torácica, con probable realización de esofagostoma, con colocación de drenajes cervicales, lavado quirúrgico de mediastino, colocación de sonda pleural derecha y traqueotomía, se realiza interconsulta con terapia intensiva para recibir al paciente en el postoperatorio.

Unidad de Cuidados Intensivos 04/09/2020

Paciente masculino de 58 años de edad, cursando su séptimo día de hospitalización, se somete a cirugía con anestesia general, con una duración de aproximada de 7 horas anestésicas y prácticamente 8 horas quirúrgicas, con sangrado cuantificado por anestesiología por 1300ml, se administraron 2 concentrados eritrocitarios y 2 plasmas, se reporta estable durante el evento quirúrgico, se realiza intubación al primer intento, a pesar de edema periglótico muy importante, con cánula de alma de acero 7.5, procedente de la sala de quirófano post operado de drenaje de absceso en mediastino, drenando aproximadamente 20 ml drenaje de absceso en cuello, según refiere aproximadamente 100 ml de material francamente purulento de mediastino, tanto de anterior como posterior, drenaje que disecaba pleura izquierda; ya con zona de necrosis pleural izquierdo. Se realizó lavado, dejando sondas dirigidas comunicadas a mediastino posterior y anterior y drenaje en cuello. Actualmente pasa a UCI, se encuentra intubado, bajo sedación, normo tenso, sin aminas. (No hay nota de cirugía de tórax, donde se especifique el procedimiento por parte de ORL).

- Se realizó toracotomía anterolateral izquierda con colocación de pleurovac (08/09/20)
- Entra a lavado de herida quirúrgica en cuello y recambio de drenajes cervicales a tipo Blake (09/09/20).
- Posoperado de traqueostomía con cánula portex #8 (18/09/20).
- Se realiza retiro de drenaje cervical derecho + retiro de pleurovac izquierdo (22/09/20).
- Se retira pleurovac derecho (25/09/20).
- Tuberculosis pleural (22/09/20).
- Esternotomía, lavado y desbridamiento de mediastino anterior, ventana pericárdica y lobectomía superior no anatómica izquierda (30/09/20).

VII. Desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería

7.1 Valoración de enfermería desde el ingreso del paciente al instituto nacional de rehabilitación de acuerdo al modelo de Dorothea Orem.

Factores condicionantes básicos: Datos sociodemográficos

Factores internos, describen a la persona: Paciente masculino de 58 años de edad, residente del Estado de México, escolaridad: primaria terminada, ocupación albañil, vive en una casa de material de un nivel, la cual está constituida por 5 habitaciones, sala comedor, cocina y 4 baños, cuenta con todos los servicios básicos, su familia está conformada por su esposa y 5 hijas, donde el desempeña el rol de padre de familia, tiene animales domésticos: 3 perros y 5 gatos (todos esterilizados), toda su vida se ha dedicado a trabajar en construcciones como albañil, en sus tiempos libres se dedica a convivir con su familia y a realizar actividades en su hogar.

Factores externos, describen su estilo de vida: El patrón de vida del paciente era rutinario, se levantaba a las 6 am de lunes a sábado, que eran los días que trabajaba, solía desayunar café, pan y a veces huevo con jamón, su hora de almuerzo/comida; a la una de la tarde durante su trabajo, llevaba una dieta normal, solo consumía carne dos veces a la semana por su situación económica, ingería alrededor de un litro y medio de agua al día, entre otras bebidas (refrescos), regularmente miccionaba 6 veces al día, con una evacuación diaria, no ingería bebidas alcohólicas. Refiere que dormía de 6 a 7 horas diarias, pero durante los 5 días anteriores a su hospitalización presento insomnio por la dificultad para respirar y fiebre que estaba presentando.

Percepción del estado general de salud

• **Condiciones médicas:** El paciente tiene un diagnóstico de ingreso de epiglotitis aguda, el cual después de su cirugía de emergencia donde se realizó un drenaje en cuello y mediastino, su diagnóstico fue mediastinitis, con el paso de los días se realizaron cultivos de catéter donde se encontró la bacteria por lo cual el paciente presento choque séptico, recibió el tratamiento adecuado. Como antecedentes

personales padece de rinitis crónica y papilomatosis laríngea, niega patologías familiares e intervenciones quirúrgicas anteriores a su ingreso hospitalario.

- **Condiciones de enfermería:** El paciente presenta un deterioro del intercambio de gases, por lo cual se encuentra con Ventilación mecánica invasiva, se realiza aspiración de secreciones con circuito cerrado, presenta una protección ineficaz por la debilidad de su sistema inmunológico propias de su padecimiento ante los microorganismos nosocomiales: Pseudomonas.

- **Exploración física:** El paciente niega alergia a medicamentos y no presenta alérgicas a los medicamentos administrados, es exfumador de una cajetilla a la semana, sus constantes vitales al ingresar al hospital son: tem.:38.5°C, FC:110 lpm, TA:112/75, FR:24 rpm y SpO₂: 93% a aire ambiente y 98% con oxígeno suplementario, un peso de 65 kg, talla 1.76 metros, presenta buena hidratación de piel y mucosas, con un riesgo de caídas en la escala de downton de 6 puntos, el cual de alto riesgo y presenta lesión por presión en región sacra, en estadio II de acuerdo al sistema de clasificación internacional de la lesión por presión de la NPUAP/EPUAP, por lo cual se solicita al familiar un colchón de presión alterna de aire y se le da manejo con ácidos grasos y ejercicios de movilización pasiva.

Valoración de las capacidades y limitaciones de la persona

- **Capacidades cognitivas y para realizar acciones de autocuidados:** Al ingreso hospitalario el paciente no tiene la capacidad cognitiva para realizar el autocuidado, requiere del sistema de enfermería totalmente compensatorio; ya que se encuentra con ventilación mecánica invasiva por medio de una cánula orotraqueal N° 7.5, con un fiO₂ > de 70%, y catéter venoso central FR#7 trilúmen, bajo sedación profunda (RASS -4) y analgesia con estímulos solo al dolor (Ramsay de 5). Después de 5 semanas de hospitalización, se encuentra consciente, orientado y cooperador, muestra interés para aprender los autocuidados para poder mejorar su estado de salud.

En la última semana a su egreso hospitalario, recupero su capacidad de movimiento y habilidad para realizar autocuidados para mejorar su salud en un 60%, gracias a

la terapia de rehabilitación y terapia ocupacional brindada por el personal del mismo Instituto.

• **Limitaciones cognitivas y para realizar acciones de autocuidados:** El paciente durante su estancia hospitalaria ha ingresado varias veces a quirófano (drenajes y cambio de sondas de drenajes pleurales), en los cuales salía bajo sedación y analgesia, y por los cuales perdía su capacidad cognitiva para realizar los autocuidados.

Su estado de salud actual limita su actividad física, ya que egreso al hospital de Nutrición para seguir con su tratamiento y recuperación, por lo cual egreso con sondas de drenaje pleural; poco a poco el paciente fue recuperando la movilidad de miembros torácicos y pélvicos, así como la capacidad de comunicación por medio de señales y escribiendo en papel lo que necesitaba y expresar su forma de sentir.

**Valoración de acuerdo a los requisitos de autocuidado universal:
Satisfacción de las necesidades básicas de todo ser humano.**

• **Ingreso suficiente de aire:** El paciente presenta un inadecuado intercambio de oxígeno y dióxido de carbono, presenta dificultad respiratoria y saturación de 93% a aire ambiente, y 98% con oxígeno suplementario, entro por un diagnóstico diferencial de epiglotitis aguda, el día 03/09/2020 entra a quirófano de emergencia por una mediastinitis, donde se realiza drenaje en cuello y mediastino. Al ingresar a la unidad de cuidados intensivos de traumatología para su monitorización posoperatoria, se encuentra con cánula orotraqueal, presenta secreciones bronquiales, por lo cual se tiene que realizar aspiración de secreciones por boca y cánula orotraqueal con circuito cerrado por razón necesaria, las cuales son de características espesas y hemáticas durante las primeras 2 semanas de su estancia hospitalaria. Por lo cual presenta **Deterioro del intercambio de gases (00030), Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031)**. Se encontraba con sedación (con fentanilo y propofol) y analgesia (con tramadol) con temperatura superior a los 38°C, la cual se controlaba por medios físicos y medicamentos antipiréticos, se encontraba drenando liquido purulento por pleurovac y por zona en cuello, y a nivel del 4° y 5° espacio intercostal posterior, el paciente refería un cuadro de infección con probable

sepsis, se dio manejo con antibióticos (ceftriaxona, vancomicina, meropenem, metronidazol).

•**Aporte suficiente de agua:** El paciente se encuentra con una solución cristaloides Ringer lactato, la cual estaba indicada para ayudar a la corrección de acidosis metabólica, para ayudarlo a su rehidratación y equilibrio hidroelectrolítico y para la reposición de líquidos perdidos por los drenajes torácicos, así como para evitar un posible shock hipovolémico por las pérdidas hemáticas durante el transoperatorio. La ingesta de líquidos que se le realiza al paciente al día; era inadecuada, presenta buen estado de hidratación de la piel y mucosas, pero presenta edema generalizado (+++/++++) en la escala de godet, llevaba un estricto control de ingreso y egresos, el cual durante dos semanas mostraba un resultado positivo en el balance de líquidos. El paciente puede estar presentando **Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos (00025)**.

•**Aporte suficiente de alimentos:** Al ingresar a la UCI el paciente se encuentra sedado y en ayunas por los diferentes procedimientos realizados, posteriormente se inicia con una dieta polimérica, por sonda nasogástrica, debido a esto debe tener restricción en las diferentes comidas y llevar una dieta específica, la cual por lo regular es licuada por sonda nasogástrica de forma enteral. Al ingresar tenía un índice de masa corporal de 21.6 el cual se encontraba en un rango normal para su talla. Actualmente presenta una disminución en su índice de masa corporal, ya que bajo drásticamente de peso por la falta de nutrientes, por lo que se encontró con anemia con una hemoglobina de 8.2. El paciente presenta un **Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a sus necesidades (00002)**.

•**Procesos de eliminación y excrementos:** El paciente presentó las primeras dos semanas una disminución de la diuresis, se encuentra con sonda transuretral a derivación, se cuantifica la diuresis de forma horaria, donde se encuentra al paciente con oliguria (<0.5ml/kg/hr), posteriormente se mantiene en parámetros normales (0.5 y 0.7 ml/kg/hr) con la ayuda de diuréticos y evacuación cada 3° día. Por lo que el paciente presentó **Deterioro de la eliminación Urinaria (00016)**.

•**Equilibrio entre actividad/reposo:** El paciente se encontraba con Ventilación Mecánica Invasiva, con drenajes en cuello y mediastino por lo cual se coloca una toracotomía bilateral en “Y” conectados a un Pleurovac a succión continua, y otro a derivación por gravedad, los cuales se encuentran drenando liquido de características hemáticas y purulentas; lo cual lo limita a realizar movimientos. Por los diferentes procedimientos quirúrgicos se provocó destrucción en las diferentes capas de la piel. El paciente presentaba **Deterioro de la movilidad física (00085)**.

•**Equilibrio entre la soledad e interacción social:** Después de 4 semanas de su ingreso hospitalario, el paciente se encuentra ansioso, temeroso referente a su situación actual de salud, refiere depresión, y no querer seguir con el tratamiento, e incluso menciona que lo dejen morir. El paciente presento **Afrontamiento ineficaz (00069)**. Posteriormente con el paso de los días se muestra cooperativo y esperanzado con una actitud positiva ante su situación de salud actual, agradecido con el personal de salud y gracias al apoyo de su familia el cual lo motivo para seguir adelante.

•**Prevención de peligros para la vida:** El paciente se encuentra con apoyo ventilatorio (VMI) por cánula orotraqueal y bajo sedación y analgesia con un Rass de -4, Ramsay de 5 y FOUR de 2. Por lo cual presenta un **Riesgo de caídas (00155)** elevado de acuerdo a la escala de Downton con una puntuación de 5, por lo cual se usan barreras de seguridad para la prevención de caídas; no realiza movimiento alguno, y tampoco puede realizar actividades de autocuidado por su condición de salud actual, presenta un alto riesgo de lesión por presión de acuerdo a la escala de braden con una puntuación de 6 puntos. El paciente presenta **Deterioro de la integridad cutánea (00046)**.

•**Funcionamiento humano y el desarrollo humano:** En ocasiones, se muestra una actitud decaída, con episodios de ansiedad con expresiones tanto verbales, como faciales, relacionados al estado de salud que está viviendo en la actualidad, actualmente se muestra decidido a continuar su tratamiento para reintegrarse a su vida social y laboral. El paciente presenta una **Ansiedad ante la muerte (00147)**.

Requisitos de autocuidado de desarrollo: Satisfacción de necesidades según el periodo del ciclo vital.

•**Prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano:** Antes de su enfermedad el paciente realizaba los autocuidados necesarios para mantener su salud, actualmente está tratando de ajustarse a su proceso de enfermedad, para recuperar su salud y reintegrarse a su vida normal.

En esta etapa de su enfermedad está aprendiendo la importancia que tiene el apego a su tratamiento, está tratando de modificar su estilo de vida, llevando a cabo las medidas de aislamiento, así como cambios en su alimentación, con ayuda del personal de salud y el apoyo de su familia.

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: Están vinculados a los estados de salud.

•**Aprender a vivir con la patología y asistencia médica segura cuando existe patología:** Durante su tratamiento, probablemente el paciente experimente ansiedad, temor, se mostrará decaído, puede estar fatigado y tener falta de apetito, todo esto está relacionado al proceso de su enfermedad.

El paciente conoce el impacto del desarrollo de la enfermedad en su vida, se encuentra actualmente motivado por el apoyo brindado por su familia, aunque en ocasiones se muestra fatigado por los cambios que tiene que realizar en su vida, tiene la capacidad de adaptarse a ellos para recuperar su salud; esta consiente de que requiere ayuda del personal de salud para tener un buen apego durante la duración del tratamiento.

•**Utilización de la terapia médica para prevenir o tratar la patología:** El paciente refiere ser informado de las diferentes pruebas realizadas, como las de diagnóstico, tratamiento terapéutico y rehabilitación, así como los objetivos que estos llevan, conoce los riesgos que estos incluyen, así como el tiempo y el beneficio del tratamiento, el cual es llevado bajo la estricta supervisión médica.

7.2 Diagnóstico

Después de observar la valoración de enfermería y de acuerdo con la teoría del autocuidado, se establecieron los siguientes diagnósticos reales y potenciales que presenta el paciente.

Como diagnóstico principal esta: Deterioro del intercambio de gases, ya que el paciente presenta un compromiso de la vía aérea, el cual se debe corregir de manera urgente para mantener la adecuada perfusión a nivel celular.

Listado de diagnósticos de enfermería establecidos de acuerdo a los requisitos del autocuidado. Para ello nos apoyaremos en North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), para la elaboración de nuestros juicios clínicos relacionados al estado de salud de mi paciente.

Clasificación de acuerdo a la alteración de los requisitos universales

Requisito alterado	Diagnostico
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	1. Deterioro del intercambio de gases
	2. Limpieza ineficaz de las vías aéreas
Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.	3. Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos
Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.	4. Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a sus necesidades
Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos.	5. Deterioro de la eliminación urinaria
	6. Deterioro de la movilidad física
Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción social.	7. Afrontamiento ineficaz
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	8. Riesgo de caídas
	9. Deterioro de la integridad cutánea
Promoción del funcionamiento y el desarrollo humano dentro de los grupos sociales.	10. Ansiedad ante la muerte.

Razonamiento diagnóstico

	Diagnostico (NANDA)	Factores relacionados (etiología)	Características definitorias (signos y síntomas)	Tipo o estado de diagnóstico
1	Deterioro del intercambio de gases (00030)	Desequilibrio en la ventilación – perfusión	Disnea hipoxemia	Real
2	Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031)	Secreciones bronquiales	Cambios en la frecuencia respiratoria	Real
3	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos (00025)	Sepsis		Potencial o de riesgo
4	Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a sus necesidades. (00002)	Incapacidad para adsorber los nutrientes	Bajo tono muscular	Real
5	Deterioro de la eliminación urinaria (00016)	Multicausalidad	Retención	Real
6	Deterioro de la movilidad física (00085)	Medicamentos, contracturas		Real
7	Afrontamiento ineficaz (00069)	Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación	Fatiga Expresa incapacidad para el afrontamiento	Real
8	Riesgo de caídas (00155)	Disminución del estado mental Deterioro de la movilidad física		Potencial o de riesgo
9	Deterioro de la integridad cutánea (00046)	Factores mecánicos (presión) Humedad	Destrucción de las capas de la piel	Real
10	Ansiedad ante la muerte (00147)	Experiencia cercana a la muerte	Expresa pensamientos negativos relacionados con la muerte y la agonía	Real

7.3. Planificación y Ejecución

A continuación, se mostrarán los planes de cuidados con los resultados que deseamos alcanzar en el paciente, relacionados los diagnósticos anteriormente mencionados, en los cuales vamos a encontrar los indicadores y la puntuación diana; relacionados al paciente. Al igual que las intervenciones que debemos realizar como personal de enfermería para conseguir los resultados planteados anteriormente en el paciente; para ello nos apoyaremos en el Nursing Interventions Classification (NIC) y resultados Nursing Outcomes Classification (NOC).

Diagnostico principal

Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultado (NOC)	Intervención (NIC)	Evaluación (NOC) puntuación Diana															
<p>Dominio: 3 Eliminación e Intercambio Clase: 4 Función respiratoria</p> <p>Deterioro del intercambio de gases (00030)</p> <p>Definición: Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolo capilar.</p> <p>Factores relacionados: Desequilibrio de la ventilación perfusión, cambios en la membrana alvéolo-capilar.</p> <p>Características definitorias: Gasometría arterial anormal, Disnea, hipoxemia</p>	<p>Dominio:02: Salud fisiológica Clase: E Cardiopulmonar</p> <p>-Estado respiratorio Código: (0415)</p> <p>Definición: Intercambio alveolar de CO2 Y O2 para mantener las concentraciones de gases arteriales</p> <p>Indicadores:</p> <p>(41501) Frecuencia respiratoria</p> <p>(41532) Vías aéreas permeables.</p> <p>(41508) Saturación de oxígeno.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manejo de la ventilación mecánica: invasiva 2. Monitorización de los signos vitales 3. Monitorización respiratoria 4. Oxigenoterapia 5. Ayuda a la ventilación 6. Intubación y estabilización de la vía aérea 7. Manejo del equilibrio acido básico 8. Monitorización neurológica 9. Reanimación 	<p>M: 1 A:2</p> <p>(41501)</p> <table border="1" data-bbox="1629 477 1885 535"> <tr> <td style="background-color: #00FF00;">1</td> <td>2</td> <td style="background-color: #00FF00;">3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>(41532)</p> <table border="1" data-bbox="1629 711 1885 769"> <tr> <td style="background-color: #00FF00;">1</td> <td>2</td> <td style="background-color: #00FF00;">3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>(41508)</p> <table border="1" data-bbox="1629 984 1885 1042"> <tr> <td style="background-color: #00FF00;">1</td> <td>2</td> <td style="background-color: #00FF00;">3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5														
1	2	3	4	5														
1	2	3	4	5														

Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultado esperado (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)	Evaluación (NOC) Puntuación Diana															
<p>Dominio: 3 Eliminación e intercambio</p> <p>Clase: 4 Función respiratoria.</p> <p>Deterioro del intercambio de gases. (00030)</p> <p>Definición: Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolo capilar.</p> <p>Factores relacionados: Desequilibrio de la ventilación perfusión, cambios en la membrana alvéolo-capilar.</p> <p>Características definitorias: Gasometría arterial anormal, Disnea, agitación, hipoxemia, diaforesis.</p>	<p>Dominio: 02 Salud fisiológica Clase: E Cardiopulmonar</p> <p>-Estado respiratorio Código: (0415)</p> <p>Definición: Intercambio alveolar de CO₂ Y O₂ para mantener las concentraciones de gases arteriales</p> <p>Indicadores: (41501) Frecuencia respiratoria (41532) Vías aéreas permeables. (41508) Saturación de oxígeno.</p>	<p>Manejo de la ventilación mecánica: invasiva Comprobar regularmente todas las conexiones del ventilador. Observar si se produce un descenso del ventilador espirado y un aumento de la presión inspiratoria. Administrar los agentes paralizantes musculares, sedantes y analgésicos narcóticos que sean apropiados. Controlar las actividades que aumentan el consumo de O₂ (fiebre, escalofríos, crisis comiciales, dolor o actividades básicas de enfermería) que puedan desbordar los ajustes de soporte ventilatorio y causar una desaturación de O₂. Controlar los factores que aumentan el trabajo respiratorio del paciente/ ventilador (tubo endotraqueal mordido) Controlar los síntomas que indican un aumento del trabajo respiratorio (p.ej., aumento de la frecuencia cardiaca o respiratoria, hipertensión, diaforesis, cambios de estado mental).</p>	<p>M: 2 A: 3</p> <p>(41501)</p> <table border="1" data-bbox="1180 594 1451 653"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>(41532)</p> <table border="1" data-bbox="1180 835 1451 894"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>(41508)</p> <table border="1" data-bbox="1180 1098 1451 1157"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5														
1	2	3	4	5														
1	2	3	4	5														

Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultado esperado (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)	Evaluación (NOC) Puntuación Diana										
<p>Dominio: 11: Seguridad / protección Clase: 02: Lesión física</p> <p>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: Secreciones bronquiales Vía aérea artificial</p> <p>Características definitorias: Cambios en la frecuencia respiratoria.</p>	<p>Dominio: 02: Salud fisiológico</p> <p>Clase: Cardiopulmonar</p> <p>Respuesta de la ventilación mecánica: Adulto.</p> <p>Definición: Intercambio alveolar y perfusión tisular apoyados eficazmente mediante ventilación mecánica.</p> <p>Indicadores: (41111) pH arterial (41112) Saturación de oxígeno</p>	<p>Aspiración de las vías aéreas</p> <p>E: Determinar la necesidad de la aspiración oral o traqueal.</p> <p>Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.</p> <p>Usar precauciones universales.</p> <p>Hiperoxigenar con oxígeno al 100% durante al menos 30 segundos mediante la utilización del ventilador o bolsa de reanimación manual antes y después de cada pasada.</p> <p>Seleccionar una sonda de aspiración que sea la mitad del diámetro interior del tubo endotraqueal, cánula de traqueotomía o vía aérea del paciente.</p> <p>Dejar al paciente conectado al ventilador durante la aspiración, si se utiliza un sistema de aspiración traqueal cerrado o un adaptador de dispositivo de insuflar oxígeno.</p> <p>Utilizar la mínima cantidad de aspiración, cuando se utilice un aspirador de pared, para extraer secreciones (80-120 mmHg para los adultos).</p>	<p>M: 2 A: 3</p> <p>(41111)</p> <table border="1" data-bbox="1170 554 1442 611"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>(41112)</p> <table border="1" data-bbox="1170 835 1442 892"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5									
1	2	3	4	5									

Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultado esperado (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)	Evaluación (NOC) Puntuación diana																				
<p>Dominio: 2 Nutrición</p> <p>Clase: 5 Equilibrio de líquidos</p> <p>Riesgo de desequilibrio de volumen líquidos (00025)</p> <p>Definición: Susceptible a una disminución, aumento o cambio rápido de uno a otro líquido intravascular, intersticial y/o intracelular, que puede comprometer la salud. Esto se refiere a la pérdida de fluidos corporales, al aumento o ambos. Referido a la pérdida de líquido corporal, ganancia o ambos.</p> <p>Factores relacionados: Sepsis</p> <p>Características definitorias:</p>	<p>Dominio: 2 Salud Fisiológica</p> <p>Clase: G Líquidos y electrolitos</p> <p>Equilibrio hídrico (0601)</p> <p>Definición: Equilibrio de agua en los compartimentos intracelulares y extracelulares del organismo.</p> <p>Indicadores</p> <p>Presión arterial (60101)</p> <p>Presión arterial media (60102)</p> <p>Entradas y salidas diarias equilibradas (60107)</p> <p>Edema periférico (60112)</p>	<p>Monitorización de líquidos</p> <p>Monitorizar los niveles de electrolitos en suero y orina, según corresponda.</p> <p>Monitorizar la presión arterial, frecuencia cardíaca y estado de la respiración</p> <p>Verificar todas las entradas y salidas en todos los pacientes con tratamiento IV, infusiones subcutáneas, alimentación enteral, SNG, catéteres urinarios, vómito, diarrea, drenajes de herida, drenajes torácicos y afecciones médicas que afecten al balance de líquidos (p. ej., desnutrición, quemadura, sepsis)</p> <p>Observar el color, cantidad y gravedad específica de la orina</p> <p>Consultar con el médico en caso de diuresis menor de 0.5 ml/kg/h o de ingesta de líquidos en adultos menor de 2000 ml en 24h, según corresponda</p> <p>Administrar agentes farmacológicos para aumentar la diuresis, cuando este prescrito.</p>	<p>M: 2 A: 4</p> <p>(60101)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>(60102)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>(60107)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>(60112)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5																			
1	2	3	4	5																			
1	2	3	4	5																			
1	2	3	4	5																			

Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultado esperado (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)	Evaluación (NOC) Puntuación diana																				
<p>Dominio: 02: Nutrición-metabólico</p> <p>Clase: 01: ingestión</p> <p>Desequilibrio nutricional: ingestión inferior a las necesidades (00002)</p> <p>Definición: Ingesta de nutriente insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas.</p> <p>Factores relacionados: Incapacidad para digerir los alimentos Incapacidad para adsorber los nutrientes.</p> <p>Características definitorias: Bajo tono muscular Debilidad de los músculos requeridos para la deglución.</p>	<p>Dominio: 2 Salud Fisiológica</p> <p>Clase: K: Digestión y nutrición</p> <p>Etiqueta: Estado nutricional (1004)</p> <p>Definición: Grado en que los nutrientes son ingeridos y adsorbidos para satisfacer las necesidades metabólicas.</p> <p>Indicadores</p> <p>Ingestión de nutrientes (100401)</p> <p>Ingestión de alimentos (100402)</p> <p>Energía (100403)</p> <p>Relación peso/talla (100405)</p>	<p>Alimentación enteral por sonda</p> <p>Observar si la colocación de la sonda es correcta inspeccionando la cavidad bucal, comprobando si hay residuos gástricos o escuchando durante la inyección y extracción del aire, según el protocolo</p> <p>Utilizar una técnica higiénica en la administración de este tipo de alimentación.</p> <p>Elevar el cabecero de la cama de 30 a 45° durante la alimentación.</p> <p>Comprobar la existencia de residuos cada 4-6 horas durante las primeras 24 hrs y después cada 8 hrs</p> <p>Desechar los recipientes de alimentación enteral y los equipos de administración cada 24 horas.</p> <p>Controlar ingesta /excreción de líquidos.</p>	<p>M: 4 A: 3</p> <p>(100401)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>(100402)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>(100403)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>(100405)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5																			
1	2	3	4	5																			
1	2	3	4	5																			
1	2	3	4	5																			

Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultado esperado (NOC)	Intervenciones de enfermería (NOC)	Evaluación (NOC) Puntuación diana																				
<p>Dominio: 3: Eliminación e intercambio</p> <p>Clase: 1: Función urinaria</p> <p>Deterioro de la eliminación urinaria. (00016)</p> <p>Definición: Disfunción en la eliminación urinaria.</p> <p>Factores relacionados: Retención.</p> <p>Características definitorias: Multicausalidad</p>	<p>Dominio: 02 Salud Fisiológica.</p> <p>Clase: Eliminación.</p> <p>Eliminación Urinaria (0503)</p> <p>Definición: Recogida y descarga de la orina.</p> <p>Indicadores</p> <p>Patrón de eliminación. (050301)</p> <p>Olor de la orina. (050302)</p> <p>Cantidad de la orina. (050303)</p> <p>Color de la orina. (050304)</p>	<p>Manejo de líquidos</p> <p>Pesar a diario y controlar la evolución.</p> <p>Realizar un registro preciso de entradas y salidas.</p> <p>Monitorizar estado hemodinámico, incluidos los niveles del PVC, PAM, PAP, PECP, según disponibilidad.</p> <p>Realizar sondaje vesical, si es preciso.</p> <p>Monitorizar los signos vitales según corresponda.</p> <p>Observar si hay indicios de sobrecarga/ retención de líquidos (crepitantes, elevación de la PVC o de la presión enclavamiento capilar pulmonar, edema, distensión de venas del cuello y ascitis), según corresponda</p> <p>Evaluar la ubicación y extensión del edema, si lo hubiera</p> <p>Administrar los diuréticos prescritos, según corresponda</p> <p>Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas.</p>	<p>M: 2 A: 4</p> <p>(050301)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>(050302)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>(050303)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>(050304)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5																			
1	2	3	4	5																			
1	2	3	4	5																			
1	2	3	4	5																			

Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultado esperado (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)	Evaluación (NOC) Puntuación diana																				
<p>Dominio: 04 Actividad y reposo</p> <p>Clase: 02 Actividad/ejercicio</p> <p>Deterioro de la movilidad física (00085)</p> <p>Definición: Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.</p> <p>Factores relacionados: medicamentos Contracturas</p> <p>Características definitorias: Limitación de la capacidad para las habilidades motoras gruesas</p>	<p>Dominio: 02: Salud funcional</p> <p>Clase: C: Movilidad</p> <p>Etiqueta: Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas.</p> <p>Definición: Gravedad del compromiso en el funcionamiento fisiológico debido a la alteración de la movilidad física.</p> <p>Indicadores</p> <p>Úlceras por presión (20401)</p> <p>Estreñimiento (20402)</p> <p>Fuerza muscular (20411)</p> <p>articulaciones contraídas (20415)</p>	<p>Cuidados del paciente encamado</p> <p>Colocar al paciente sobre una cama o colchón adecuado</p> <p>Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada</p> <p>Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas</p> <p>Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas</p> <p>Utilizar dispositivos en la cama que protejan al paciente</p> <p>Cambiar de posición al paciente, según lo indique el estado de la piel</p> <p>Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, de acuerdo con un programa específico</p> <p>Realizar ejercicios de rango de movimientos pasivos y/o activos</p> <p>Aplicar medidas profilácticas anti embolicas.</p>	<p>M: 2 A: 4</p> <p>(20401)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>(20402)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>(20411)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>(20415)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5																			
1	2	3	4	5																			
1	2	3	4	5																			
1	2	3	4	5																			

Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultado esperado (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)	Evaluación (NOC) Puntuación diana																									
<p>Dominio: 11: seguridad/Protección</p> <p>Clase: 02: Lesión física</p> <p>Afrontamiento ineficaz (00069)</p> <p>Definición: Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuesta practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.</p> <p>Factores relacionados: Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación.</p> <p>Características definitorias: Expresa incapacidad para el afrontamiento Fatiga</p>	<p>Dominio: 03: salud Psicosocial</p> <p>Clase: M: Bienestar psicológico</p> <p>Nivel de depresión</p> <p>Definición: Intensidad de la melancolía y de la pérdida de interés por los acontecimientos de la vida.</p> <p>Indicadores</p> <p>Estado de ánimo deprimido (120801)</p> <p>Perdida de interés por las actividades (120802)</p> <p>Fatiga (120806)</p> <p>Tristeza (120814)</p> <p>Baja autoestima (120819)</p>	<p>Apoyo emocional</p> <p>Comentar la experiencia emocional con el paciente</p> <p>Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo</p> <p>Abrazar o tocar al paciente para proporcionar apoyo</p> <p>Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza</p> <p>Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza</p> <p>Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional</p> <p>Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias</p> <p>Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad</p> <p>Remitir a los servicios de asesoramiento, si se precisa.</p>	<p>M: 3 A: 5</p> <p>(120801)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>(120802)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>(120806)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>(120814)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>(120819)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5																								
1	2	3	4	5																								
1	2	3	4	5																								
1	2	3	4	5																								
1	2	3	4	5																								

Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultado esperado (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)	Evaluación (NOC) Puntuación diana															
<p>Dominio: 11: seguridad/Protección</p> <p>Clase: 02: Lesión física</p> <p>Riesgo de caídas (00155)</p> <p>Definición: Riesgo de aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.</p> <p>Factores relacionados: Deterioro de la movilidad física Tranquilizantes</p> <p>Características definitorias:</p>	<p>Dominio 05: salud percibida</p> <p>Clase U: salud y calidad de vida</p> <p>Forma física (2004)</p> <p>Definición: Ejecución de actividades físicas con vigor.</p> <p>Indicadores</p> <p>Fuerza muscular (200401)</p> <p>Función cardiovascular (200406)</p> <p>Función respiratoria (200407)</p>	<p>Prevención de caídas</p> <p>Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado</p> <p>Identificar conductas y factores que afecten el riesgo de caídas</p> <p>Revisar los antecedentes de caídas con el paciente y la familia.</p> <p>Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado.</p> <p>Utilizar la técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas, cama, baño, etc.</p> <p>Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuada para evitar caídas de la cama, si es necesario</p> <p>Utilizar camas con colchones parcialmente llenos de agua para limitar la movilidad, si es necesario.</p>	<p>M: 1 A: 2</p> <p>(200401)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>(200406)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>(200407)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5														
1	2	3	4	5														
1	2	3	4	5														

Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultado esperado (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)	Evaluación (NOC) Puntuación diana															
<p>Dominio: 11: seguridad/Protección</p> <p>Clase: 02: Lesión física</p> <p>Deterioro de la integridad cutánea (00046)</p> <p>Definición: Alteración de la epidermis y/o dermis</p> <p>Factores relacionados: Factores mecánicos (presión) Humedad Inmovilización física</p> <p>Características definitorias: Destrucción de las capas de la piel</p>	<p>Dominio: 2 Salud Fisiológica</p> <p>Clase: L: Integridad tisular</p> <p>Integridad tisular: piel y membranas mucosas.</p> <p>Definición: Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.</p> <p>Indicadores Integridad de la piel (110113) Lesiones cutáneas (110115) Descamación cutánea (110119)</p>	<p>Cuidados de la piel: tratamiento tópico</p> <p>Evitar el uso de ropa de cama de textura áspera Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa bucal, si es necesario Aplicar los pañales sin comprimir, según corresponda Dar masaje en la zona afectada Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, de acuerdo con el programa Aplicar protectores para los talones, si es el caso Aplicar antibióticos tópicos a la zona afectada, según corresponda Inspeccionar diariamente la piel en personas con riesgo de pérdida de integridad de la misma Registrar grado de afectación de la piel.</p>	<p>M: 2 A: 4</p> <p>(110113)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>(110115)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>(110119)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5														
1	2	3	4	5														
1	2	3	4	5														

Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultado esperado (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)	Evaluación (NOC) Puntuación diana															
<p>Dominio: seguridad/Protección</p> <p>Clase: 02: Lesión física</p> <p>Ansiedad ante la muerte (00147)</p> <p>Definición: Sensación vaga e intranquilizante de malestar o temor provocada por la percepción de una amenaza real o imaginada para la propia existencia.</p> <p>Factores relacionados: Experiencia cercana a la muerte</p> <p>Características definitorias: Expresa pensamientos negativos relacionados con la muerte y la agonía</p>	<p>Dominio: 03: salud Psicosocial</p> <p>Clase: M: Bienestar psicológico</p> <p>Etiqueta: Esperanza (1201)</p> <p>Definición: optimismo que es personalmente satisfactorio y revitalizante</p> <p>Indicadores</p> <p>Expresión de ganas de vivir (120103)</p> <p>Expresión de significado de la vida (120105)</p> <p>Demostración de entusiasmo por la vida (120111)</p>	<p>Disminución de la ansiedad</p> <p>Utilizar enfoque sereno que de seguridad</p> <p>Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante</p> <p>Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico</p> <p>Crear un ambiente que facilite la confianza</p> <p>Animar la manifestación de sentimientos, percepción y miedos</p> <p>Identificar los cambios en el nivel de ansiedad</p> <p>Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda</p> <p>Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.</p>	<p>M: 3 A: 5</p> <p>120103)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>(120105)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>(120111)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5														
1	2	3	4	5														
1	2	3	4	5														

7.4 Evaluación final del paciente

Evaluación (octubre-2020)

En la evaluación final el paciente tiene un aporte suficiente de aire, actualmente se encuentra con una mascarilla de traqueotomía con nebulizador continuo, con un FiO₂ al 42%, ha mejorado notoriamente su deterioro ventilatorio, debido a los medicamentos y los planes de cuidados otorgados por las enfermeras especialista en cuidados intensivos y médico de la Unidad de Cuidados Intensivos.

El proceso de eliminación urinaria se estabilizó teniendo una diuresis $>.5\text{ml/kg/hr}$; recupero su tono y fuerza muscular en un 65% a través las terapias de rehabilitación temprana, la cual recibió en este Instituto, se comunicaba por mediante señas y escribiendo lo que necesitaba; su manera de afrontar su enfermedad mejoro, se mostró más positivo, cooperativo con el tratamiento, sus pensamientos negativos fueron desapareciendo gracias al apoyo emocional de las enfermeras especialistas en cuidados intensivos, así como el apoyo de su familia.

Se siente motivado para realizar autocuidados que le permitan recuperar su salud y así reintegrarse a su vida laboral y social; su lesión por presión mejoro de un estadio II a un estadio I, gracias a las curaciones y movilizaciones pasivas que se realizaron durante su estancia hospitalaria. Actualmente su aporte de alimento no es suficiente por lo que es referido al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubiran", por su desnutrición en donde seguirán con los cuidados necesarios para lograr su máxima recuperación.

VIII. Plan de alta

A continuación, se desarrolla cada uno de estos aspectos no sin antes resaltar la necesidad de adaptarlos a cada persona en particular, teniendo en cuenta sus características, de tal manera que se proporcione un cuidado individualizado e integral. Para facilitar su memorización y no pasar por alto algún aspecto básico, se propone la palabra CUIDARME, que hace alusión al objeto de la profesión y a la responsabilidad que tenemos todas las personas frente a nuestra salud.

CUIDADOS EN EL HOGAR (cuidarme)	
Comunicación	<ul style="list-style-type: none">• Visitas domiciliarias para tener control del apego al tratamiento y seguimiento del estado de salud del paciente.• Dar a conocer a los familiares los signos y síntomas de alarma que pueden desencadenar sepsis, por los diferentes drenajes del paciente.
Urgente	<ul style="list-style-type: none">• Cita abierta a urgencias si llegara a presentar algún signo de infección.
Información	<ul style="list-style-type: none">• Educar al familiar sobre los cuidados específicos y de higiene en la traqueostomía.• Informar al familiar sobre las medidas preventivas que se debe tener con el paciente; se otorga tríptico al familiar para recoger signos y síntomas tempranos de sepsis.
Dieta	<ul style="list-style-type: none">• Alimentación por sonda nasogástrica tipo enteral, en forma licuada.• Dieta hiperproteica- hipercalórico de 1800 kcal.
Ambiente	<ul style="list-style-type: none">• Habitación con buena iluminación y ventilación, con un ambiente tranquilo para fomentar el descanso.• la familia que está en contacto con él debe portar el cubrebocas de forma permanente• Lavado de manos antes y después de estar en contacto con el paciente.• Mantener su espacio sanitizado y limpio para reducir los riesgos de infección.
Recreación y uso del tiempo libre	<ul style="list-style-type: none">• Realizar ejercicios de movilización pasiva, de acuerdo a su capacidad, para evitar contractura muscular.• Realizar ejercicios pulmonares, uso de espirómetro incentivo.• Realizar cambios posturales cada 2 horas para mejorar su Lesión por Presión y prevenir nuevas.
Medicamentos y tratamiento no farmacológicos: Curaciones, sondas, oxígeno, movilización, higiene, catéteres	<ul style="list-style-type: none">• Continuar con esquema de analgésicos prescritos• Continuar con antibioticoterapia prescrita• Curación de sondas pleurales, cuidados de traqueostomía.
Espiritual	<ul style="list-style-type: none">• Fomentar y respetar el acercamiento a las creencias religiosas del paciente

IX. Conclusión

A través de la aplicación del PAE se brindó un cuidado de enfermería personalizada, utilizando la Teoría del autocuidado de Dorothea Orem, que permitió mostrar el vínculo entre práctica y teoría de Enfermería. Este método sistemático y ordenado permite reconocer e interpretar, respuestas humanas alteradas en el paciente, estableciendo diagnósticos de enfermería y cuidados específicos para recuperar la salud.

Se Identificó las necesidades reales y potenciales de este paciente de epiglotitis aguda de la UCI constituyendo una estructura de cuidado de Enfermería individualizada que cubrió sus necesidades, así como restauo el mantenimiento de sus capacidades funcionales aplicando el PAE para cubrir y resolver los problemas y prevenir las posibles complicaciones de la enfermedad actual del paciente.

Es importante reconocer que en este Instituto hay avances significativos en el personal de enfermería para la correcta realización del PAE, el cual permite otorgar cuidados enfermeros con bases teórico-metodológicas. Respecto a los planes de cuidados implementados, el paciente mejoro su estado de salud, recupero su capacidad de autocuidado; actualmente se dio de alta del Instituto Nacional de Rehabilitación y fue referido al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubiran”, para continuar con su manejo y recuperación.

Se sugiere implementar una intervención educativa relacionada al PAE aplicando la Teoría de Dorothea O. al especialista de enfermería en cuidados intensivos del Instituto Nacional de Rehabilitación, con el fin de contribuir al logro de las competencias, habilidades y destrezas del profesional de enfermería.

X. Bibliografía

- Amezcuca, M. (2018). ¿Por qué afirmamos que la Enfermería es una disciplina consolidada? *Index Enferm vol.27 no.4 Granada oct./dic. 2018 Epub 20-Ene-2020*, xx. Recuperado el 01 de 07 de 2021, de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000300002
- Enfermeria Creativa*. (21 de Noviembre de 2016). Obtenido de <https://enfermeriacreativa.com/2016/11/21/escala-de-ramsay/>
- González Salcedo, P., & Chaves Reyes, A. M. (2009). Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, vol. 11, núm. 2, julio-diciembre,, 47-76. Recuperado el 01 de 06 de 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145220480004.pdf>
- Guevara, B., Evies, A., Rengifo, J., Salas, B., Manrique, D., & Palacio, C. (2014). El cuidado de enfermería: una visión integradora en tiempos de crisis. *Enferm. glob. vol.13 no.33 Murcia ene.*, 318-317. Recuperado el 01 de 07 de 2021, de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100016
- Hernández Cortina, A. (2004). La Enfermería como disciplina profesional holística. *Rev Cubana Enfermer v.20 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago.*, xx. Recuperado el 01 de 07 de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000200007#cargo
- Jara Sanabria, F., & Lizano Pérez, A. (2016). Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. *Enfermería Universitaria*, vol. 13, núm. 4, octubre-diciembre, 208-215. Recuperado el 28 de 06 de 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/3587/358748563003.pdf>
- Jara Sanabria, F., & Lizano Pérez, A. (2016). Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. *Enferm. univ vol.13 no.4 Ciudad de México oct./dic.*, X. Recuperado el 28 de 06 de 2021, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000400208
- Juárez Rodríguez, P. A., & García Campos, M. (2009). La importancia del cuidado de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2009; 17 (2): 109-111*, 113. Recuperado el 01 de 07 de 2021, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>
- M. Guerra, A., & Muhammad Waseem. (2021). Epiglottitis. *2021 Feb 10. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. PMID: 28613691.*, X. Recuperado el 01 de 07 de 2021, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28613691/>
- Martínez Gutiérrez, E. (17 de 03 de 2021). *congresohistoriaenfermeria2015*. Obtenido de [congresohistoriaenfermeria2015: https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/](https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/)
- Ocampo Rivera , D. C., Madrigal Ramírez, M. C., Forero Pulido, C., & García Aguilar, L. C. (2018). Significado de los componentes disciplinar y profesional en la formación de enfermería: encuentros y desencuentros. *nvestigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, vol. 20, núm. 2, xx-xx. Recuperado el 01 de 07 de 2021, de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/1452/145256681011/html/index.html>

- Reina G., N. C. (2010). EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. *Umbral Científico, Bogotá Colombia N°17, Diciembre 2010*, 18 - 23,. Recuperado el 01 de 07 de 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>
- Rodríguez Rodríguez, M., Murcia Olagüenaga, A., Rodríguez Asensio, J., García Martínez, C., & Rodríguez Rosell, M. (Mayo - Junio 2018). Epiglotitis aguda en el adulto. Presentación de varios casos clínicos. *Medicina de Familia - SEMERGEN-MedLine/PubMed y SCOPUS, Emerging Sources Citation Index (ESCI)Vol. 44.*, 283-285. Recuperado el 28 de 06 de 2021, de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-epiglotitis-aguda-el-adulto-presentacion-S1138359317302782>
- Terre Falcón, R., Anguita Sánchez, I., & Sánchez González, F. (S.F.). Capítulo 102 LARINGITIS AGUDAS DEL ADULTO. En R. Terre Falcón, I. Anguita Sánchez, & F. Sánchez González, *Libro virtual de formación en ORL* (págs. 8-9). Mérida.Badajoz: SEORL PCF. Recuperado el 17 de 05 de 2021, de <https://seorl.net/PDF/Laringe%20arbor%20traqueo-bronquial/102%20-%20LARINGITIS%20AGUDAS%20DEL%20ADULTO.pdf>
- Zarate Grajales, R. A. (2004). La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index Enferm vol.13 no. 44-45 Granada*, X. Recuperado el 01 de 07 de 2021, de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009

XI. Glosario de términos

Proceso de atención de Enfermería: el proceso enfermero, también denominado proceso de enfermería o proceso de atención de enfermería, es un método sistemático que brinda cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería.

Epiglotitis aguda del adulto: es una enfermedad poco frecuente, potencialmente grave e incluso letal, que es causada por una inflamación de la **epiglotis** y a menudo de otras estructuras anatómicas supraglóticas.

Sepsis o septicemia: es una afección médica grave, causada por una respuesta inmunitaria fulminante a una infección.

Pleurevag: es un sistema de drenaje torácico que se utiliza para la evacuación de aire, líquido o ambas cosas de la cavidad pleural. Sistema de drenaje tipo PLEUR-EVAG. ... Cámara del control de succión que utiliza un sistema de burbujeo.

Teoría: Conjunto de reglas, principios y conocimientos acerca de una ciencia, una doctrina o una actividad, prescindiendo de sus posibles aplicaciones prácticas.

Proceso: procesamiento o conjunto de operaciones a que se somete una cosa para elaborarla o transformarla.

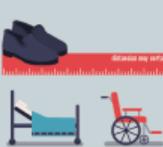
Cíclico: que se repite regularmente cada cierto tiempo.

XII. Anexos

Escala de Braden

Escala de Braden

para la predicción del riesgo de úlceras por presión @Creative_Nurse

	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL	Completamente limitada < Nivel de conciencia Sedación No reacción ante dolor < Capacidad sensitiva 	Muy limitada Reacciona solo ante estímulo doloroso No comunica malestar Déficit sensorial 	Ligeramente limitada Reacciona ante órdenes verbales No siempre comunica malestar Alguna dificultad sensorial 	Sin limitaciones Responde a órdenes verbales Sin déficit sensorial 
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	Constantemente húmeda Cuando se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente 	A menudo húmeda Cuando la ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno 	Ocasionalmente húmeda Cuando hay que cambiar la ropa de cama una vez al día 	Raramente húmeda Cuando la ropa de cama se cambia según la rutina 
ACTIVIDAD	Encamado/a 	En silla 	Deambula ocasionalmente (Al menos una vez al día) 	Deambula frecuentemente Dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas 
MOVILIDAD	Completamente inmóvil 	Muy limitada 	Ligeramente limitada 	Sin limitaciones 
NUTRICIÓN	Muy pobre 0 ayunas, dieta líquida o suero > 5 días 	Probablemente inadecuada 0 recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por SNG 	Adecuada 0 recibe nutrición por SNG o por vía parenteral 	Excelente Come entre horas y no requiere suplementos 
FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO	Problema Requiere de moderada a máxima asistencia para ser movido 	Problema potencial Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia 	No existe problema aparente Se mueve en la cama y en la silla con independencia 	

ALTO = < 12 PUNTOS

MODERADO = 13 - 14 PUNTOS

BAJO = 15-16 PUNTOS (si < 75 años)
15-18 PUNTOS (si ≥ 75 años)

<http://www.enfermeria.com/en/creatividad/escalas/braden/>
@Creative_Nurse
@creanurse
@enfermeriacreativa
Enfermería Creativa

Escala de Braden

Esta escala fue desarrollada en EEUU por Bárbara Braden y Nancy Bergstrom en el año 1985, en el contexto de un proyecto de investigación en centros socio sanitarios, como intento de dar respuesta a algunas de las limitaciones de la Escala de Norton. Bárbara Braden y Nancy Bergstrom desarrollaron su escala a través de un esquema conceptual en el que reseñaron, ordenaron y relacionaron los conocimientos existentes sobre UPP, lo que les permitió definir las bases de la escala.

La Escala de Braden consta de seis sub escalas:

1. Percepción sensorial.
2. Exposición de la piel a la humedad.
3. Actividad física.
4. Movilidad.
5. Nutrición.
6. Roce y peligro de lesiones (Fricción y cizallamiento).

Los tres primeros subíndices miden factores relacionados con la exposición a la presión intensa y prolongada (percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad), mientras que los otros tres (movilidad, nutrición, fricción y cizallamiento) están en relación con la tolerancia de los tejidos a la misma.

Una vez valorados todos los ítems obtendremos una puntuación mínima de 6 puntos y un máximo de 23 (ya que el ítem de fricción y cizallamiento solo puntúa de 1 a 3). Por lo tanto, una puntuación inferior a 12 puntos será considerada como de alto riesgo de aparición de UPP. Entre los 13-14 puntos el riesgo será moderado. Tendrán un riesgo bajo aquellos que obtengan una puntuación ente 15-18 puntos, aunque se tendrá en cuenta la edad de la persona que estemos valorando.

Escala de J.H. Downton



Escala de J.H. Downton

El objetivo de esta escala es valorar el riesgo de caída de las personas, habitualmente se usa en personas mayores. La escala puntúa cinco dimensiones, que son:

1. Caídas previas. En algunos documentos se hace hincapié en la historia de caídas en los últimos doce meses.
2. Medicamentos. Aquí se valoran los fármacos que de alguna manera pueden fomentar el riesgo de caídas. En el apartado de “otros medicamentos”. Según los criterios STOPP/START otros medicamentos que incrementan el riesgo de caídas serían: opiáceos, neurolépticos, antihistamínicos sedantes o de primera generación.
3. Déficits sensoriales. No hace falta decir que la falta de visión o auditiva aumentan el riesgo de caídas. Afectaciones en las extremidades como amputaciones y/o intervenciones quirúrgicas hacen que se sumen puntos de riesgo y aumente el riesgo de sufrir una caída.
4. Estado mental. Un estado de confusión, agitación o deterioro cognitivo influye, y mucho, ya que pueden tener tres veces más riesgo de caerse que personas orientadas.
5. Deambulación. La alteración de la marcha, la movilidad, el equilibrio y el uso de dispositivos de ayuda (bastones, muletas...etc.) son aspectos a tener en cuenta a la hora de valorar este ítem.

Según la guía de buenas prácticas clínicas para la prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores publicada por la Registered Nurses Association of Ontario, ser mayor de 75 años se considera un factor de riesgo para sufrir caídas en el entorno hospitalario. De hecho, en algunas modificaciones de la escala de Downton incluye la edad como otra dimensión más a valorar.puntuación menor a 2: bajo riesgo. Puntuación mayor a 2: alto riesgo.

Escala de FOUR Score

Tabla I. Puntuación FOUR* para el coma (* Full Outline of UnResponsiveness)

Respuesta ocular

4. Dirige la mirada horizontal o verticalmente o parpadea dos veces cuando se le solicita
3. Abre los ojos espontáneamente, pero no dirige la mirada
2. Abre los ojos a estímulos sonoros intensos
1. Abre los ojos estímulos nociceptivos
0. Ojos cerrados, no los abre al dolor

Respuesta motora

4. Eleva los pulgares, cierra el puño o hace el signo de la victoria cuando se le pide
3. Localiza al dolor (aplicando un estímulo supraorbitario o temporomandibular)
2. Respuesta flexora al dolor (incluye respuestas en decorticación y retirada) en extremidad superior
1. Respuesta extensora al dolor
0. No respuesta al dolor, o estado mioclónico generalizado

Reflejos de tronco

4. Ambos reflejos corneales y fotomotores presentes
3. Reflejo fotomotor ausente unilateral
2. Reflejos corneales o fotomotores ausentes
1. Reflejos corneales y fotomotores ausentes
0. Reflejos corneales, fotomotores y tusígeno ausentes

Respiración

4. No intubado, respiración rítmica
3. No intubado, respiración de Cheyne-Stokes
2. No intubado, respiración irregular
1. Intubado, respira por encima de la frecuencia del respirador
0. Intubado, respira a la frecuencia del respirador o apnea

FOUR Score

La escala FOUR es fácil de usar, incluye las mínimas necesidades de las pruebas neurológicas en los trastornos de la conciencia y reconoce específicamente determinados estados de inconsciencia. En las validaciones realizadas a esta escala se encontró que la fiabilidad entre evaluadores de la escala FOUR, y el GCS eran de una magnitud equivalente.

La escala de FOUR, a diferencia de la GCS, no incluye una respuesta verbal, por lo que es más valioso en la UCI. Además, ayuda a evaluar los reflejos del tronco cerebral y proporciona información acerca etapas de lesión cerebral o un posible estado vegetativo.

La escala FOUR incluye signos que sugieran una hernia uncal. La atención a patrones respiratorios en la puntuación de FOUR no sólo puede indicar la necesidad de asistencia respiratoria en estupor o pacientes en coma, sino que también proporciona información acerca de la presencia de una unidad respiratoria. La nueva escala, el examinador tiene una ayuda para describir estas características clínicas esenciales.

Se compone de cuatro categorías clínicamente distintas de evaluación

1. Respuesta ocular
2. Respuesta motora
3. Reflejos de tronco
4. Respiración

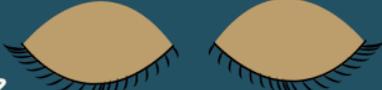
La puntuación total puede tomar por tanto valores entre 16 (consciente) y 0 puntos (coma arreactivo sin reflejos de tronco encefálico). La escala FOUR proporciona más información que la escala de Glasgow en los pacientes neurocríticos, sin que esa mayor información disminuya la concordancia entre observadores, incluso cuando la puntuación es realizada por enfermeras con escasa experiencia.

Escala de Ramsay

Valoración del estado de sedación del paciente

ESCALA DE RAMSAY

@Creative_Nurse

NIVEL	CARACTERÍSTICAS
	  Despierto, ansioso y agitado, no descansa
	  Despierto, cooperador, orientado y tranquilo
	  Dormido con respuesta a órdenes
	   Somnoliento con breves respuestas a la luz y el sonido
	  Dormido con respuesta sólo al dolor
	     Profundamente dormindo sin respuesta a estímulos

Escala de Ramsay

La sedación de los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) es muy habitual, según algunos estudios, entre un 42-72% de los pacientes ingresados en estas unidades requieren sedación en algún momento. Existen múltiples métodos para evaluar el nivel de sedación.

1. (Enfermería Creativa, 2016)Despierto, ansioso y agitado
2. Despierto, cooperados, orientado y tranquilo
3. Dormido con respuesta a órdenes
4. Somnoliento con breves respuestas a la luz y al sonido
5. Dormido con respuesta sólo al dolor
6. Profundamente dormido, sin respuesta a estímulos.

La escala de RASS



Escala RASS de agitación y sedación en paciente crítico

La escala *Richmond Agitation Sedation Scale* más conocida como escala RASS, mide el estado de sedación de los pacientes y es altamente utilizada en las Unidades de Cuidados Intensivos con pacientes bajo sedación médica. Esta escala fue diseñada en 1999 en el Hospital de Richmond en el estado de Virginia, Estados Unidos. En varios estudios posteriores se demostró su validez a la hora de mostrar cambios en la sedación del paciente y detectar estado de agitación o delirio. Es una escala validada en España.

Se trata de una escala de fácil utilización, muy intuitiva, que el personal sanitario entrenado evalúa a pacientes con ventilación mecánica o sin ella. Esta escala consta de 10 niveles que van desde la sedación muy profunda a un estado de agitación.

Clasificación de las UPP

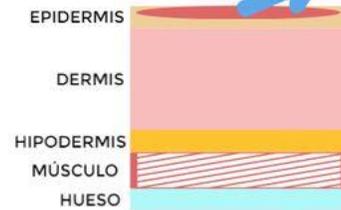
ÚLCERAS POR PRESIÓN

Clasificación de UPP NPUAP/EPUAP

Categoría I

ERITEMA NO BLANQUEABLE

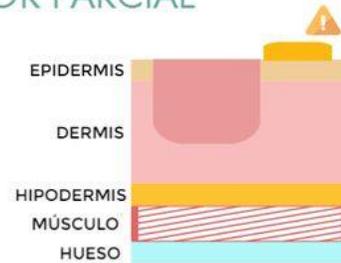
- * Piel intacta con enrojecimiento no blanqueable
- * La piel oscura pigmentada puede no tener palidez visible
- * Área dolorosa, firme, suave, más caliente o fría en comparación con el tejido adyacente



Categoría II

ÚLCERA DE ESPESOR PARCIAL

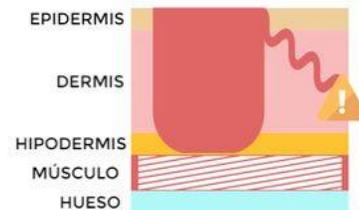
- * Pérdida de espesor parcial de la dermis
- * Úlcera abierta poco profunda, herida rojo-rosada, sin esfacelos ni hematomas
- * Posible flictena o blíster intacta llena de suero o rota ⚠
- * No describe laceraciones, dermatitis asociada a incontinencia, maceración o excoriación



Categoría III

PÉRDIDA TOTAL DEL GROSOR DE LA PIEL

- * Pérdida completa del tejido
- * Posible grasa subcutánea visible y esfacelos ⚠
- * Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones ⚠
- * El hueso o tendón no son visible o directamente palpable



Categoría IV

PÉRDIDA TOTAL DEL ESPESOR DE LA PIEL

- * Tejido con hueso expuesto, tendón o músculo visible
- * Presenta esfacelos o escara
- * Incluye cavitaciones y tunelizaciones
- * Riesgo de osteomielitis o osteítis ⚠



Clasificación de las UPP

La clasificación de las UPP, se realiza mediante un estadiaje, un sistema que permite la categorización en base a la profundidad anatómica del tejido que se ha dañado. El Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en úlceras por Presión (GNEAUPP) ha recomendado un sistema de clasificación- estadiaje de las UPP, concordante con el propuesto en la National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), por ser el sistema más difundido, aceptado a nivel internacional y además en proceso de revisión permanente.

Recientemente se han publicado las definiciones internacionales revisadas y el sistema de clasificación para las UPP del NPUAP y el European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) donde se menciona como describir el estado de una herida. Los grupos EPUAP y NPUAP recomendaron que las UPP se dividieran en categorías de 1 a 4. La categoría 1 puede indicar que el paciente está en riesgo, mientras que la categoría 4 significa pérdida de tejido de espesor completo. Pasando de ser nombrados estadios, a su actual clasificación como categorías.

- ✚ CATEGORIA I Piel intacta con eritema no blanqueante de un área localizada, generalmente sobre una prominencia ósea. Decoloración de la piel, calor, edemas, endurecimientos o dolor también pueden estar presentes. Las pieles oscuras pueden no presentar una palidez visible. El área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o más fría en comparación con los tejidos adyacentes. Puede indicar personas "en riesgo" de desarrollar una úlcera por presión.

- ✚ CATEGORIA II La pérdida de espesor parcial de la dermis se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida entre rosado y rojizo, sin esfácenos. También puede presentarse como una ampolla intacta o abierta/rota llena de suero o de suero sanguinolento. Otras características: Se presenta como una úlcera superficial brillante o seca sin esfácenos o hematomas.

 CATEGORIA III Pérdida completa del grosor del tejido. La grasa subcutánea

puede resultar visible, pero los huesos, tendones o músculos no se encuentran expuestos. Pueden aparecer esfácelos. Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones. Otras características: La profundidad de las úlceras por presión de categoría/estadio III varía según su localización en la anatomía del paciente. El hueso o el tendón no son visibles o directamente palpables.

 CATEGORIA IV Pérdida total del espesor del tejido con hueso, tendón o músculo expuestos. Pueden aparecer esfácelos. Incluye a menudo cavitaciones y tunelizaciones. La profundidad de la úlcera por presión de categoría/estadio IV varía según su localización en la anatomía del paciente. Las úlceras de categoría/estadio IV pueden extenderse al músculo y/o a las estructuras de soporte, pudiendo provocar la aparición de una osteomielitis u osteítis. El hueso/músculo expuesto es visible o directamente palpable.

Guía de valoración basada en la Teoría General del Déficit de Autocuidado en el adulto

I.- FACTORES CONDICIONANTES BASICOS

Nombre JGG Edad 58 Género Masculino Fecha 28-08-2020
Talla 1.72cm Peso 76kg Estado civil Casado
Religión Catolico Ocupación Albañil
Escolaridad sexto de primaria ¿Con quién vive? Su familia son entotal 7 integrantes
¿Quién depende de usted? su familia Padece enfermedad crónica ó aguda no
Tipo Integrada Tipo de familia: Extensa Nuclear si
Compuesta Integrada
Desintegrada si ¿Que rol tiene en su familia? Padre de familia ¿Como es la comunicación familiar? Muy buena
¿Quién cubre sus necesidades? El mismo Cuenta con todos los servicios en su domicilio: Si si No no ¿Que espera en relación con su salud? Espera que su salud mejore

II.- REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

Universales: Presenta problemas para respirar: Si No Tipo anivel pulmonar
Requiere Soporte respiratorio:
Ventilador si Oxigenoterapia si Cantidad Presenta tos:
Aguda si Crónica
Tiene tratamiento de base si Tipo antibioticos Presenta secreciones: Si si No no
Características Amarillas, verdosas, espesas Camina sin agitarse Si si
No no Porque No tiene fuerza muscular
Fr 27xm Tipo de respiración Agitada con esfuerzo Otro signo o síntoma drenajes del lado derecho e izquierdo
Piel: Presenta lesiones: Si si Tipo Escaras ulceras por presion Color Rojas
Temperatura 36.7
Turgencia si Edema(+) si Presenta: Hematomas si
Prurito si Otro
Enrojecimiento si Cuidado de su piel baño de esponja, hidratacion de la piel con crema humectante Otro
Cardiovascular: T/A 100/60 Fc 85 Presenta: Dolor precordial
Edema en
Adinamia Náuseas si Vómito Otro signos y sintomas
Agua: ¿Qué cantidad consume? NV Cubre sus necesidades requeridas si
Presenta Deshidratación: No no Tipo En mucosas hidratada
 Piel hidratada General
Alimentos: De mayor frecuencia dieta polimerica Ingiere suplementos glucerna
Tipo malteada ¿Cambio la dieta por su enfermedad?: Si si Tipo licuada
¿Ha aumentado de peso?: no Cantidad ¿Ha disminuido de peso: si
Cantidad 6 kilos
¿Tiene algún significado para usted?: No no Tipo Presenta: Anorexia las primeras dos semanas no, despues bajo de peso drasticamente
Dolor abdominal si Desnutrición si,
actualmente
Eliminación: ¿Cuántas veces orina al día? NV Cantidad las primeras 2 semanas presento oliguria (<0.5 ml/kg/hr, posteriormente miccionaba >0.5 ml/kg/hr
Características amarilla clara
Sonda Foley si Tiempo de colocación trasuretral Presenta:
Dolor no Incontinencia no Anuria no
Oliguria si, las primeras 2 semanas Hematuria si, las primeras 2 semanas Otro signos y sintomas
Evacuaciones: Presenta: Estreñimiento no Diarrea si Hemorroides no
Otro signos y sintomas evacuaciones diarreicas, 6 veces al dia.
Actividad y Reposo: Necesita apoyo al movilizarse si ¿Realiza ejercicio en casa? no

¿Tiene energía para?: Alimentarse no Moverse no Bañarse no Trabajar no por el momento Horas de sueño 5 horas Siestas si, cuando no descansa lo suficiente en la noche.

Insomnio si Estado neurológico: Estado de conciencia. conciente Tranquilo si Triste si

Deprimido si Actitud acorde con sus palabras al principio se mostro renuente, deprimido e incluso dijo que lo dejaran morir, pero con el paso de los dias su actitud cambio, se mostro de forma positiva ante su enfermedad, comenta que su mayor motivacion para salir adelante es el apoyo de su familia.

Estado psicosocial: ¿Le gusta la convivencia? si ¿Se considera persona sociable? si ¿Cómo considera su comunicación? muy buena Emocionalmente como se sientemotivado de salir adelante Visual sin alteración

Auditiva sin alteración Motivo de salud que impida desarrollarse su enfermedad actual Otro signos y sintomas _____

Prevención de peligros contra la salud: ¿Fuma?: Si, pero lo dejo hace tiempo Cantidad una cajetilla Tiempo por semana ¿Ingiere bebidas alcohólicas? no

Cantidad NA Tiempo NA ¿Tiene control médico? frecuente NA

Detecciones oportunas NA

Normalidad: ¿Usted se acepta?: Física si Emocional si Familiar si Profesional si Socialmente si

¿Qué opina de su vida? comenta que tiene mucho que ofrecerle a su familia, es por eso que desea salir adelante

Historia familiar: Familiares Enfermos Mamá finada con antecedentes de hipertensión, Papá finado se desconoce antecedentes ¿Qué tipo de enfermedad? hipertensión Familiares fallecidos si Parentesco madre y padre

Del desarrollo: Etapa del desarrollo en la que se encuentra adulto

¿Problema de salud en?:

Niñez NA Escolar NA Adolescencia NA Adulto problemas respiratorio

Edad fértil NA Otro NA Salud sexual: ¿Ha recibido educación sexual? NA ¿Esta satisfecho con su vida sexual? si N°de hijos 5 Presenta: Problemas de infertilidad No ETS papilomatosis laríngea

Cirugías previas no

Mujeres: Menarca NA Días del ciclo menstrual NA Presenta: Dolor NA Tipo _____ Número de

embarazos NA Partos NA Abortos NA

Cesáreas NA Embarazo de alto riesgo NA Inició de menopausia NA Otro signos y sintomas _____

Hombres: Realiza: Examen testicular si Exámen de Prostata si Problemas de eyaculación precoz NA Otro signos y sintomas _____

Desviación de la salud: Enfermedades frecuentes Rinitis alergica ¿Cómo afronta

los problemas? en familia ¿Ha sido hospitalizado antes? no

Duración NA

Motivo NA Presenta secuelas de enfermedades anteriores no

¿Cómo se dio cuenta de su enfermedad? comenzo con sintomas de resfriado comun, por lo que no le tomo mucha

importacia, despues empezo a complicarse mas, presento dificultad para respirar, fiebre, inflamacion de

la garganta, por lo que acudio a consulta ¿Quién le ayudo? los medicos y las enfermeras

¿Tiene miedo regularmente? si ¿Por qué? comenta que tiene miedo a las complicaciones de su

enfermedad

¿Qué hace para superarlo? confiar en los tratamientos medico y los cuidados otorgados por el personal de enfermeria y le ayuda mucho el apoyo de mi familia

¿Presenta cambios emocionales continuos? no ¿Laborales? no

¿Que tipo de apoyo necesita ahora? emocional y economico, ya que no esta generando dinero y le preocupa cuanto pagara en el hospital Tratamiento actual si Tipo antibioticos y terapia emocional Tiempo con el tratamiento médico 4 semana

¿Ha sufrido lesiones importantes en los últimos 10 años? no Otro signos y sintomas

¿Cómo se diagnostica la sepsis?

Para hacer un diagnóstico, su profesional de la salud:

- Le preguntará sobre su historia clínica y sus síntomas.
- Hará un examen físico, incluyendo control de sus signos vitales (temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca y respiración)
- Es probable que pida pruebas de laboratorio para detectar signos de infección o daño a los órganos

Es posible realizar pruebas de imagen como una radiografía o tomografía computarizada para encontrar la ubicación de la infección.



Universidad Autónoma de Guerrero
Instituto nacional de Rehabilitación



Medlineplus.Sepsis.[https://
medlineplus.gov/spanish/sepsis.html](https://medlineplus.gov/spanish/sepsis.html)

Teléfono: 7441910699
Correo electrónico:
ramirezjosly@gmail.com

Sepsis

>>> Signos de alarma de la sepsis



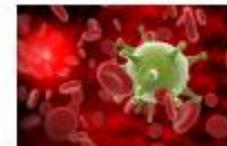
¿Que es la sepsis?

Es la respuesta abrumadora y extrema de su cuerpo a una infección.

*Es una emergencia médica que puede ser mortal.

*Sin un tratamiento rápido, puede provocar daños en los tejidos, falla orgánica e incluso la muerte.

*Ocurre cuando una infección desencadena una reacción en cadena en todo el cuerpo.



¿Quién está en riesgo de sepsis?

Adultos > 65 años



Afecciones crónicas



Sistema inmunológico debilitado



Paciente hospitalizado



Niños < 1 año



Mujeres embarazadas

¿Cuáles son los síntomas de la sepsis?



CONFUSIÓN /
DESORIENTACIÓN



DIFFICULTAD PARA
RESPIRAR



ALTA FRECUENCIA
CARDÍACA



FIEBRE, ESCALOFRÍOS
O MUCHO FRÍO



EXTREMO DOLOR O
INCOMODIDAD



DEMASIADO
SUOR

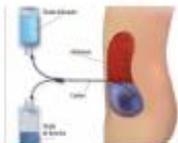
Es importante obtener atención médica **de inmediato** si cree que puede tener sepsis o si su infección no mejora o empeora.

¿Qué otros problemas puede causar la sepsis?

Los casos graves de sepsis pueden provocar shock séptico, en el cual la presión arterial cae a un nivel peligroso y pueden fallar varios órganos y causar la muerte.

¿Cuáles es el tratamiento para la sepsis?

- ⇒ Antibióticos para tratar la infección.
- ⇒ Mantener el flujo sanguíneo a los órganos, ministración de oxígeno y líquidos por vía intravenosa.
- ⇒ Tratar la causa que provoco la infección
- ⇒ Si es necesario, medicamentos que ayuden a subir la presión arterial.
- ⇒ En casos graves, es posible que necesite diálisis renal o un tubo de respiración.
- ⇒ Algunas personas necesitan cirugía para eliminar el tejido dañado por la infección.



¿Se puede prevenir la sepsis?

Llevar un control de la una enfermedad crónica que tenga.



Obtenga las vacunas que se recomiendan.

Preparación de alimentos seguros para el consumo.



Practique una buena higiene, como lavarse las manos.

Mantenga las heridas limpias y cubiertas hasta que sanen

