



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**ENFERMERÍA**

ESTUDIO DE CASO “PACIENTE EN CONDICIÓN CRÍTICA CON SEPSIS DE  
FOCO RESPIRATORIO-LIMA 2023”

CASE STUDY OF PATIENT IN CRITICAL CONDITION WITH  
RESPIRATORY FOCUS SEPSIS-LIMA 2023

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS  
INTENSIVOS

AUTOR

JOHJAN ESTARKYS TRUJILLO ROSALES

ASESORA:

ROSSANA PASCUALA GONZALES DE LA CRUZ

LIMA – PERÚ

2023



ASESORA DE TRABAJO ACADÉMICO

ROSSANA PASCUALA GONZALES DE LA CRUZ

Departamento Académico de la Facultad de Enfermería

ORCID: 0000-0001-9178-4530

## **DEDICATORIA**

A mis padres por ser ejemplo y soporte en mi vida; por el su amor incondicional. A mi esposa por su comprensión y paciencia; a mi hija Ariana por ser el motivo para seguir esforzándome.

## **AGRADECIMIENTO**

A dios por haberme permitido la existencia a través de nuestros padres y por acompañarme en cada momento de mi vida.

A mi familia por el aliento constante, su paciencia y comprensión.

A quienes supieron infundir los conocimientos para el logro de mis objetivos

## **FUENTE DE FINANCIAMIENTO**

El presente trabajo académico es autofinanciado

## **DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS**

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

### ESTUDIO DE CASO "PACIENTE EN CONDICIÓN CRÍTICA CON SEPSIS DE FOCO RESPIRATORIO-LIMA 2023"

#### INFORME DE ORIGINALIDAD

15%

INDICE DE SIMILITUD

14%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

#### FUENTES PRIMARIAS

1

[www.msmanuals.com](http://www.msmanuals.com)

Fuente de Internet

3%

2

[zagan.unizar.es](http://zagan.unizar.es)

Fuente de Internet

2%

3

[myslide.es](http://myslide.es)

Fuente de Internet

1%

4

[www.revista-portalesmedicos.com](http://www.revista-portalesmedicos.com)

Fuente de Internet

1%

5

[cdn.www.gob.pe](http://cdn.www.gob.pe)

Fuente de Internet

1%

6

[www.slideshare.net](http://www.slideshare.net)

Fuente de Internet

1%

7

[doku.pub](http://doku.pub)

Fuente de Internet

1%

8

[es.scribd.com](http://es.scribd.com)

Fuente de Internet

1%

9

[www.revistasanitariadeinvestigacion.com](http://www.revistasanitariadeinvestigacion.com)

Fuente de Internet

## **TABLA DE CONTENIDOS**

	<b>Pág.</b>
I. Introducción	1
II. Objetivos	5
III. Metodología	6
IV. Conclusiones	24
V. Referencias Bibliográficas	25
ANEXOS	27

## RESUMEN

La sepsis grave y el shock por sepsis constituyen un importante problema de salud como resultado de la lesión generada por la respuesta inmunológica de la persona a una infección grave<sup>1</sup> ; esta se define como sepsis con disfunción orgánica, hipotensión e hipoperfusión la cual al evolucionara sin tratamiento adecuado y oportuno puede llevar al choque séptico y posteriormente la muerte<sup>2</sup>.

Según las estadísticas de EsSalud e la primera causa de ingreso a cuidados intensivos de origen infeccioso en razón a lo cual se realizan cuidados interdisciplinarios que de acuerdo con la campana mundial de supervivencia a la Sepsis<sup>3</sup>, requieren de su identificación temprana, atención inmediata buscando el restablecimiento de la homeostasis del paciente.

El presente caso ilustra el proceso de valoración, diagnóstico e intervenciones de enfermería así como los criterios de resultado que se utilizan para monitorear los resultados del cuidado a fin de garantizar la calidad y efectividad de los mismos.

**Objetivo:** Presentar un estudio de caso determinando los cuidados de enfermería basados en evidencia a implementar en la persona en condición critica por Sepsis de foco respiratorio

**Metodología:** se utiliza la metodología observacional del caso de estudio con enfoque cualitativo ya que se centra en como responde el paciente en condición crítica a la vivencia de la enfermedad.

Se implementa la metodología de cuidado enfermero iniciando con la recolección de datos con base a los Patrones Funcionales de Marjorie Gordon<sup>4</sup> y las taxonomías NANDA, NOC y NIC para sistematizar el cuidado enfermero especializado.

**Desarrollo:** El sr. M.L. ingreso al Servicio de Cuidados Intensivos con diagnóstico de sepsis a partir de foco respiratorio requiriendo soporte ventilatorio y hemodinámico. Se realizó la recolección de información en forma priorizada a partir de lo cual se plantean los diagnósticos de enfermería, criterios de resultado e intervenciones especializadas para el desarrollo de un cuidado de calidad con



enfoque de prevención de riesgos.

**Conclusión:** El enfermero especialista en cuidados intensivos debe desarrollar una minuciosa valoración que le permita identificar evidencias de afectación de las respuestas humanas que le permita plantear intervenciones efectivas basadas en evidencia que permitan prevenir, controlar los riesgos a fin de contribuir a la recuperación del paciente en condición crítica atendiendo en forma integral las respuestas humanas tanto del paciente como la familia asegurando el cuidado humanizado y su participación en los diferentes procesos de atención en sepsis.

**Palabras clave:** Sepsis de foco respiratorio, cuidado de enfermería, taxonomías de enfermería y Cuidados Intensivos.

## **ABSTRACT**

Severe sepsis and sepsis shock are a major health problem as a result of injury caused by a person's immune response to a serious infection; this is defined as sepsis with organ dysfunction, hypotension and hypoperfusion which, if developed without adequate and timely treatment, can lead to septic shock and then death<sup>2</sup>.

According to statistics of EsSalud is the first cause of admission to intensive care of infectious origin in reason of which interdisciplinary care is performed that according to the world campaign of survival to Sepsis<sup>3</sup>, require their early identification, immediate attention seeking the restoration of homeostasis of the patient.

The present case illustrates the process of assessment, diagnosis and nursing interventions as well as the result criteria used to monitor the results of care in order to guarantee the quality and effectiveness of the same.

**Objective:** To present a case study determining the evidence-based nursing care to be implemented in the person in critical condition by respiratory focus sepsis

**Methodology:** the observational methodology of the case study with a qualitative approach is used since it focuses on how the patient responds in a critical condition to the experience of the disease.

The methodology of nursing care is implemented starting with data collection based on the Functional Patterns of Marjorie Gordon<sup>4</sup> and the taxonomies NANDA, NOC and NIC in the development of the Nursing Care Process.

**Development:** Mr. M.L. admission to the Intensive Care Unit with diagnosis of sepsis from respiratory focus requiring ventilatory and hemodynamic support. The collection of information was carried out in a prioritized manner, based on which nursing diagnoses, outcome criteria and specialized interventions were proposed for the development of quality care with a risk prevention approach.

**Conclusion:** The nurse specialist in intensive care should develop a thorough assessment that allows him to identify evidence of human response involvement that allows him to propose effective interventions based on evidence that allows

prevention, control risks in order to contribute to the recovery of the patient in critical condition by providing a comprehensive approach to the human response of both the patient and the family by ensuring humanized care and their participation in the prevention and control of sepsis.

Keywords: Respiratory focus sepsis, nursing care, nursing taxonomies and intensive care.

## I. INTRODUCCIÓN

La sepsis grave y el shock por sepsis constituyen un importante problema de salud como resultado de la lesión generada por la respuesta inmunológica de la persona a una infección grave<sup>1</sup>; esta se define como sepsis con disfunción orgánica, hipotensión e hipoperfusión la cual al evolucionar sin tratamiento adecuado y oportuno puede llevar al choque séptico y posteriormente la muerte<sup>2</sup>.

Según las estadísticas de EsSalud, es la primera causa de origen infeccioso, de ingreso a cuidados intensivos, en razón a lo cual se realizan cuidados interdisciplinarios que de acuerdo con la Campana Mundial de Supervivencia a la Sepsis<sup>3</sup>, requieren de su identificación temprana, atención inmediata buscando el restablecimiento de la homeostasis del paciente, previniendo y controlando el riesgo de shock en el paciente.

“El shock se caracteriza por ser una condición de afectación de la perfusión de los órganos que lleva a la destrucción celular<sup>4</sup>. Los procesos pueden incluir desde la caída del volumen sanguíneo circulante, descenso del gasto y dilatación vascular” entre otros.

Según Chelazzi<sup>5</sup> “al caer la perfusión, el transporte de oxígeno a las células es insuficiente para el metabolismo aerobio, sobreviniendo el metabolismo anaerobio con incremento de la producción de dióxido de carbono y elevándose los niveles de ácido láctico; con ello hay decremento de la función celular y al persistir el shock el daño celular se torna irreversible llevando a la muerte celular”.

En las áreas de hipoperfusión se genera la inflamación y coagulación; vías células endoteliales hipóxicas activan a los leucocitos, que se ligan al endotelio liberando sustancias que lesionan directamente (p. ej. enzimas proteolíticas) y mediadores inflamatorios (p. ej., citocinas, leucotrienos, factor de necrosis tumoral [TNF]). Otros mediadores se acoplan a los receptores de la superficie celular y activan el factor nuclear kappa B (NFκB), además de la producción de citocinas añadidas y óxido nítrico (NO), con efecto vasodilatador. El shock séptico se considera que

conlleva a mayor inflamación como consecuencia de las toxinas bacterianas (endotoxinas).

La vasodilatación en vasos de capacitancia lleva a la congestión e hipotensión relacionada a mucho espacio intravascular por llenar con la sangre existente. Cuando la vasodilatación es localizada lleva a que el flujo sanguíneo saltee los lechos capilares donde se produce el intercambio, con la consecuente hipoperfusión local a pesar de que el gasto cardíaco y la presión arterial se puedan encontrar en valores habituales. El excedente de óxido nítrico lesiona las mitocondrias, disminuyendo el ATP ; a lo que tanto leucocitos y las plaquetas se fijan al endotelio con la activación del sistema de coagulación con depósito de fibrina.

Así mismo se incrementa la filtración microvascular escapando líquido y proteínas plasmáticas al intersticio<sup>5</sup>. A nivel del sistema digestivo, al incrementar la permeabilidad vascular lleva a desplazamiento de las bacterias entéricas, lo que puede producir sepsis. Así mismo, al elevar la apoptosis se incrementa la muerte celular con el consecuente deterioro de la función orgánica.

Al progresar las lesiones directas sumadas a la reperfusión llevan al síndrome de disfunción orgánica múltiple; la cual al progresar en más de 2 órganos eleva el riesgo de muerte en el paciente.

La sepsis puede afectar cualquier órgano, siendo de mayor frecuencia el pulmón, donde al elevar la permeabilidad de la membrana lleva a la inmersión de los alvéolos asociándose a más congestión. La suplementación con oxígeno no modifica la hipoxia lo lleva a la “lesión pulmonar aguda que en su estadio más severo se conoce como síndrome de dificultad respiratoria aguda” (SDRA); comprometiendo más la función del pulmón si es el foco primario de infección.

A nivel cardíaco, al disminuir la perfusión coronaria y elevarse los mediadores inflamatorios, reduce la contractilidad miocárdica con la consecuente disminución del gasto cardíaco e hipoperfusión de efecto arritmogénico; que pone en riesgo la vida del paciente.

Reconocer la causa del shock es lo prioritario<sup>6</sup> y frecuentemente , el origen puede ser obvio pudiendo identificarse con rapidez a partir de la recolección de la historia con un minucioso examen físico, complementado con los exámenes auxiliares.

La sintomatología incluye además de cambios en la conciencia, taquicardia, hipotensión y oliguria. Se puede diagnosticar con la clínica del paciente, incluyendo la medición de variables hemodinámicas, así como con el control de marcadores de hipoperfusión como el lactato sérico, pérdida de base.

El manejo terapéutico<sup>7</sup> incluye inicialmente la reanimación con líquidos, comprendiendo derivados sanguíneos de ser necesario; la fluidoterapia requiere monitorización hemodinámica. Así mismo se debe realizar la corrección de la enfermedad de fondo, uso de vasopresores de ser necesario además de la antibioterapia correspondiente.

Si el paciente presenta shock y/o el intercambio gaseoso es incorrecto, se requiere manejo de vía aérea y soporte ventilatorio; debiendo estos pacientes ser ingresados a cuidados intensivos para el monitoreo integral y la terapia de soporte correspondiente.

La atención multidisciplinaria del paciente con sepsis, requiere sea minucioso, que además de la terapia de soporte; desde el abordaje del profesional de enfermería especialista en cuidados intensivos, deba iniciarse con el proceso de valoración que permita identificar los requerimientos del cuidado del binomio paciente crítico-familia y la puesta en acción del plan de cuidado que responda eficientemente a sus necesidades.

Para el presente caso la valoración es realizada utilizando La Teoría de Enfermería de Marjory Gordon de los Patrones Funcionales<sup>8</sup>; que comprende 11 patrones ; los mismos que permiten valorar las respuesta humanas frente a las alteraciones de salud que afectan al individuo; permite la generación de una valoración de enfermería sistematizada que permite incorporar tanto los datos subjetivos como objetivos del paciente los que permitirán determinar los diagnósticos enfermeros ya sean reales o de riesgo.

Así mismo se ha incorporado los problemas de colaboración, definidos por Lynda Carpenito<sup>12</sup> “Complicaciones fisiopatológicas que las enfermeras monitorean para descubrir el comienzo o cambios en la condición del paciente. Enfermería interviene sobre los problemas de colaboración usando intervenciones prescritas por el médico o por la enfermera para minimizar las complicaciones y asegurar la atención oportuna”.

En el presente estudio de caso se incorpora la valoración de la piel según Norton<sup>13</sup> (Anexo I), para identificar el riesgo de aparición de lesiones por presión y las guías de cuidado oral del paciente intubado así como de aspiración de secreciones por tubo endotraqueal del servicio de Cuidados Intensivos II del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

El plan de cuidado es realizado con la inclusión de las taxonomías de Diagnósticos NANDA, Criterios de Resultado NOC e Intervenciones NIC que permiten planificar, ejecutar y evaluar en forma sistemática los cuidados realizados y su repercusión en la recuperación de la salud y satisfacción del paciente y familia garantizando de esta manera la calidad y efectividad del cuidado; así mismo se utilizará el Modelo Bifocal de Lynda Carpenito .

El presente caso ilustra el proceso de cuidado del paciente en condición crítica.

## **II. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GENERAL**

- Presentar un estudio de caso determinando los cuidados enfermeros basados en evidencia a implementar a la persona en condición crítica por Sepsis de foco respiratorio

### **2.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS**

- Realizar la Valoración de enfermería según patrones funcionales.
- Implementar un caso clínico con la metodología del proceso de enfermería implementando las taxonomías NANDA, NOC y NIC



### **III. METODOLOGÍA**

El presente estudio de enfoque cuantitativo, describe la situación del paciente y de corte transversal recoge la información en un período de tiempo.

#### **METODOLOGÍA**

El Estudio de Caso Clínico se ha construido siguiendo el Proceso de Cuidado Enfermero , que con base en la identificación de respuestas del paciente identificadas con los patrones funcionales identifica y prioriza los requerimientos del paciente ,lo que se complementa con el modelo bifocal<sup>4</sup> de Lynda Carpenito que permite identificar posibles complicaciones de manejo interdisciplinario.

La recolección de información del paciente se ha sistematizado en el registro de Patrones Funcionales de Gordon siendo las fuentes de información la esposa y la historia clínica.<sup>12</sup>

Para la formulación de los diagnósticos enfermeros se ha empleado la “Taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) Internacional 2021-2023<sup>9</sup> y para la planificación de las intervenciones, NIC (Nursing Interventions Clasification)<sup>10</sup> así mismo para el planteamiento de los resultados esperados y sus indicadores se utilizó la taxonomía NOC<sup>11</sup> (Clasificación de resultados de Enfermería)<sup>7</sup>.

La búsqueda bibliográfica ha tenido lugar entre julio a octubre 2023 en las siguientes bases de datos: Dialnet<sup>4,8,9</sup>, CUIDEN<sup>2,7,10,11</sup>, Scielo<sup>1,5,6</sup> y Google Académico<sup>3</sup>. También se han utilizado bibliografía de la especialidad.

Dentro de los criterios utilizados para la revisión de los artículos e información encontrada se considera aquellos producidos en los últimos 10

años, en idioma inglés o español. Los descriptores utilizados en la pesquisa son: “Sepsis de foco respiratorio”, “Atención de enfermería” y “Cuidados Intensivos”.

### **3.1 VALORACIÓN DEL PACIENTE**

El sr. ZM, paciente varón de 55 años de edad, ingresa del servicio de emergencia del Hospital, refirió dificultad respiratoria, siendo evaluado por el médico de guardia, indica su ingreso con diagnóstico de Insuficiencia respiratoria aguda. Inicia el tratamiento en shock trauma con antibioterapia y ventilación mecánica; pasa a cuidados intensivos UCI a las 12 horas de ser admitido en el hospital.

Peso: 70 kg Talla: 1.65 mt.

Familia niega enfermedades y alergias.

Al ser admitido presenta los siguientes resultados:

#### **GASOMETRÍA ARTERIAL**

- PH: 7.25
- PaO<sub>2</sub>: 75
- PaCO<sub>2</sub>: 60
- HCO<sub>3</sub>: 20
- SAT O<sub>2</sub>: 90%
- Lactato: 0.9
- FiO<sub>2</sub>: 0.50
- PaFi: 110
- Gradiente alveolar: 282

**Hemograma:**

- HB: 11,2 mg/ dl
- HCTO: 34,0
- Leucocitos: 17,000
- PLT: 360.000
- Abastionados:3%
- Glicemia: 180
- Albúmina: 2.8
- Prot. Totales: 4
- Creatinina: 1,88 mg/dl
- Urea: 50 mg/dl
- Na : 136
- K: 4.1
- TGO: 170
- TGP :123

**Prescripción:**

- Vancomicina: 1 gramo cada 24 horas EV
- Ceftriaxona 2 gramos cada 24 horas EV
- Omeprazol 40 mg cada 24 horas EV
- Clexane 40 mg cada 24 horas Sub cutáneo
- Fentanyl 3,5 mg a 5 cc/h en infusión continua
- Midazolam 100 mg a 10 cc/h min
- Noradrenalina 8 mg a 10cc/h
- Nebulización com 3gts. Salbutamol y 5 cc de Suero fisiológico c/ 6 horas
- Medios físicos si T° de 37.5 a 38°C
- Metamizol 1gr ev lento en 3 horas si T° mayor de 38°C

**VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES**

## **1. PERCEPCIÓN DE SALUD-MANEJO DE SALUD**

La esposa refiere que es una persona aparentemente sana, no recibe ningún tipo de tratamiento.

## **2. NUTRICION- METABOLISMO**

*Nutrición:* en NPO, presenta residuo gástrico bilioso.

*Sistema gastrointestinal:*

Abdomen distendido, RHA presentes, timpánico a la percusión y con resistencia moderada a la palpación. Presenta SOG a gravedad.

*Sistema cardiovascular:*

Se evidencia taquicardia sinusal. Auscultación: ruidos cardiacos rítmicos de intensidad débil; pobre perfusión periférica, llenado capilar mayor de 4 segundos.

Con C.V.C. permeable en subclavia derecha ,no signos de flebitis.

*Piel:*

Paciente presenta piel seca, pálida, fría, cianosis peribucal. Norton: 8

Con lesiones por venopunción, T°38.5 °C.

## **3. ELIMINACIÓN**

Presenta sonda de Foley a bolsa recolectora, orina colúrica, con tendencia a la oligoanuria, débito urinario 20 cc /h.

Deposición: 1 vez al día características normales

## **4. ACTIVIDAD EJERCICIO**

*Sistema respiratorio:*

Paciente ventilando por tubo endotraqueal a ventilador mecánico en modo asistido controlado por presión, con un volumen tidal de 420, PEEP: 8, F.R. 25, con FiO2 de 50%, ruidos respiratorios disminuidos, con roncus en ambos campos pulmonares, secreciones amarillas densas en gran cantidad.

Ausencia de reflejo tusígeno

Limitación en la actividad de la vida diaria: higiene, baño, vestido, alimentación, movimiento; bajo efecto de sedoanalgesia. Cabecera a 45°.

## **5. SUEÑO DESCANSO**

Bajo efectos de sedoanalgesia

La familia refiere que duerme normalmente

## **6. COGNITIVO PERCEPTUAL**

*Sistema neurológico:*

Paciente con RASS -4

Pupilas isocóricas foto reactivas, no existe rigidez de nuca.

Disminución de reflejos protectores de vía aérea por sedoanalgesia

Educación universitaria, se desempeña como administrador.

## **8.ROL RELACIONES**

Refiere la esposa vive con ella y sus 2 hijos es una persona sociable.

No evaluable por sedación

## **10.- ADAPTACIÓN - TOLERANCIA AL ESTRÉS**

No evaluable.

La familia conoce enfermedad y tratamiento; la esposa refiere sentirse muy ansiosa.

## **11.VALORES- CREENCIAS**

Religión católica, practicante, va a misa todos los domingos.

## **3.2 FORMULACIÓN DE PROBLEMAS**

1. “DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES<sup>9</sup> R/C desequilibrio en ventilo-perfusión E/P” PaFi 110, PaO<sub>2</sub> 65, PaCO<sub>2</sub> 55, gradiente alveolar de 252, llenado capilar > 4”, cianosis peribucal, acidosis respiratoria.
2. “LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AEREAS<sup>9</sup>” R/C acumulo de

- secreciones, disminución de reflejo tusígeno, sedación E/P Roncantes en ambos campos pulmonares, secreciones amarillas densa.
3. “DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIÁCO<sup>9</sup>” R/C disminución de la pre carga y post carga E/P oliguria 20 cc/h, taquicardia 117 x’, PAM 60, disminución de pulsos periféricos.
  4. “HIPERTERMIA<sup>9</sup>” R/C sepsis E/P T°38.5, FC 117 x’ y FR: 25x’.
  5. “DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL<sup>9</sup>”: NPO, R/C proceso de hipercatabolismos e/p NPO, albumina 2.8, proteínas totales 4 y fraccionadas disminuídas, IMC= 17.5
  6. “RIESGO DE DÉFICIT DE VOLÚMEN DE LÍQUIDOS<sup>9</sup>” factores de riesgo: pérdida excesiva de líquido, NPO
  7. “RIESGO DE ASPIRACIÓN<sup>9</sup>” factores de riesgo: sedación, intubación endotraqueal, SOG
  8. RIESGO DE LESIONES POR PRESIÓN<sup>9</sup> factores de riesgo: inmovilidad, humedad, excreciones, hipertermia
  9. DEFICIT DEL AUTOCUIDADO BAÑO, HIGIENE, VESTIDO Y ALIMENTACIÓN<sup>9</sup> R/C sedoanalgesia (RASS -4) E/P necesidad para movilización e higiene, sonda Foley.
  10. ANSIEDAD<sup>9</sup> R/C crisis situacional, factores estresantes E/P nerviosismo, temor, preocupación, voz temblorosa

### 3.3 PLANIFICACIÓN DE RESULTADOS E INTERVENCIONES

<b>DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES<sup>9</sup></b>	R/C Desequilibrio en La Ventilo-Perfusión <sup>9</sup> (Difusión)	E/P PaFi 110, pO2 55, PcO2 55, gradiente alveolar de 252, llenado capilar > 2", cianosis peribuca, acidosis respiratoria.
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	
ESTADO RESPIRATORIO: INTERCAMBIO DE GASES <sup>10</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>- FR</li> <li>- pH &gt; 7.3</li> <li>- SpO2 &gt; 90%</li> <li>- PcO2 &lt; 50</li> <li>- PaO2 &gt; 70</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar frecuencia de la respiración, llenado capilar, detección de cianosis distal y central, SPO2, Hb.</li> <li>- Mantener posición adecuada de 45°.</li> <li>- Auscultar ambos campos pulmonares en búsqueda de ruidos anormales.</li> <li>- Monitorizar las tendencias PH arterial, PaCO2, HCO3, electrolitos y determinar tipo de desequilibrio.</li> <li>- Mantener sedoanalgesia con midazolam y fentanilo, según indicación RASS -4.</li> <li>- Monitorear parámetros y ondas en el ventilador, la sincronía entre paciente/ventilador y el murmullo vesicular en campos pulmonares.</li> <li>- Controlar los síntomas y factores que aumentan el trabajo respiratorio.</li> <li>- Proporcionar una hidratación adecuada, corrección de electrolitos, broncodilatadores, antibióticos según indicación.</li> <li>- Toma de Rx tórax, AGA, electrolitos.</li> </ul>	
PROBLEMA COLABORATIVO: SDRA		

<p><b>LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AEREAS<sup>9</sup></b></p>	<p>R/C infección respiratoria, retención de secreciones, V. aérea artificial</p>	<p>E/P cambios en la frecuencia respiratoria, cianosis peribucal, disnea y producción excesiva de esputo</p>
<p><b>NOC</b></p>	<p><b>NIC</b></p>	
<p>ESTADO RESPIRATORIO<sup>10</sup>: PERMEABILIDAD DE LAS VÍAS AÉREAS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frecuencia respiratoria 20 rpm</li> <li>- Capacidad de eliminar secreciones</li> <li>- Mantiene ritmo respiratorio</li> <li>- Profundidad de la inspiración</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantener al paciente en posición de 45°.</li> <li>- Auscultar ruidos respiratorios, identificando y reportando la disminución o ausencia de ventilación de campos pulmonares y/o presencias de ruidos respiratorios adventicios.</li> <li>- Vigilar el estado respiratorio: FRAS, SPO2, llenado capilar, asincronía con el ventilador mecánico.</li> <li>- Conectar sistema de circuito cerrado para la aspiración de secreciones.</li> <li>- Administrar broncodilatadores, nebulizaciones y aerosoles, según indicación.</li> <li>- Aspirar secreciones a necesidad del paciente con una presión de 40mmHg en boca y en TET máximo de 120 mmHg.</li> <li>- Valorar secreciones: color, densidad y enviar primera muestra para cultivo de secreción bronquial.</li> <li>- Coordinar fisioterapia respiratoria: humidificación, vibración, cambio postural y ejercicios respiratorios.</li> <li>- Evaluación con Rx tórax, AGA, hemograma.</li> <li>- Regular la ingesta de líquidos para optimizar el equilibrio hídrico.</li> </ul>	
<p>PROBLEMA COLABORATIVO: OBSTRUCCIÓN DE VÍAS AEREAS,ATELECTASIAS</p>		



<b>DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDÍACO<sup>9</sup></b>	R/C disminución de la PVC, Oligoanuria, prolongación del tiempo de relleno capilar, descenso de pulsos periféricos así como de la resistencia vascular sistémica	E/P oliguria 20 cc/h, taquicardia 117 lpm, PAM 60, disminución de pulsos periféricos.
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	
<p>ESTADO CIRCULATORIO<sup>10</sup></p> <p>PAS PAD PAM PVC Edema Periférico</p> <p>EFFECTIVIDAD DE LA BOMBA CARDIACA<sup>10</sup>:</p> <p>Frecuencia cardiaca PAM Pulsos periféricos Gasto e Índice Cardiaco Gasto urinario Equilibrio de la ingesta y excreción Llenado capilar menor de 2 seg</p>	<p><b>CUIDADOS CARDIACOS AGUDOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar una valoración exhaustiva del estado hemodinámico del paciente</li> <li>✓ Monitorizar la circulación periférica: llenado capilar T distal.</li> <li>✓ Informar y registrar arritmias cardiacas.</li> <li>✓ Identificar los signos y síntomas de la disminución del gasto cardiaco.</li> <li>✓ Realizar Balance Hídrico estricto</li> <li>✓ Evaluar los resultados de laboratorio.</li> <li>✓ Reconocer la presencia de alteraciones de la presión sanguínea.</li> <li>✓ Coordinara ante signos de precarga disminuida, post carga incrementada</li> </ul> <p><b>MANEJO DE LIQUIDOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Peso diario</li> <li>✓ Vigilar estado de hidratación</li> <li>✓ Monitorizar estado hemodinámico</li> <li>✓ Identificar signos de sobrecarga(retención de líquidos)</li> <li>✓ Administrar líquidos según prescripción</li> </ul> <p><b>MANEJO DE LA MEDICACION</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Administrar líquidos según guía de resucitación en shock</li> <li>✓ Administrar fármacos inotrópicos, vasoactivos de acuerdo con prescripción médica.</li> <li>✓ Vigilar los efectos de los fármacos administrados, titulando según meta terapéutica y respuesta del paciente. <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identificar la presencia de signos de efectos toxicidad y/o sobredosis del tratamiento farmacológico.</li> </ul> </li> </ul>	

#### REGULACION HEMODINAMICA

- ✓ Auscultar campos pulmonares en busca de ruidos adventicios.
- ✓ Monitorear y anotar la frecuencia y el ritmo cardiaco y los pulsos.
- ✓ Vigilar los niveles de electrolitos: Na, K, Ca, Mg.
- ✓ Monitorizar gasto cardiaco e índice cardíaco, Trabajo de ventrículo derecho e izquierdo así como RVS y RVP.
- ✓ Vigilar pulsos periféricos, relleno capilar, T°, coloración de extremidades.
- ✓ Observar si hay edema periférico, distensión de la vena yugular.
- ✓ Mantener el equilibrio de líquidos.

PROBLEMA COLABORATIVO: SHOCK REFRACTARIO, IMA, ARRITMIAS, ACV IQUÉMICO, IRA

<b>HIPERTERMIA<sup>9</sup></b>	<b>R/C</b> enfermedad, incremento del metabolismo	<b>E/P</b> T°38.5, FC: 117 y taquipnea.
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	
<p>TERMOREGULACIÓN<sup>10</sup>:</p> <p>Temperatura corporal 37°C</p> <p>Frecuencia respiratoria 20 x min.</p> <p>Frecuencia cardiaca 80-90 x min.</p> <p>Piel tibia</p>	<p>MONITOREO DE CONSTANTES VITALES</p> <p>Control de la T°, FC, Respiración</p> <p>Vigilar periódicamente piel y mucosas con énfasis en el color, la temperatura y la humedad de la piel.</p> <p>TRATAMIENTO DE LA FIEBRE</p> <p>Administrar antipiréticos según prescripción</p> <p>REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA</p> <p>Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.</p> <p>Favorecer ingesta nutricional y de líquidos adecuado.</p>	
PROBLEMA COLABORATIVO: CONVULSIONES		

<p><b>“DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES<sup>9</sup>”</b></p>	<p>R/C Proceso de hiperanabolismo, sedación</p>	<p>E/P NPO, albúmina 2.8, proteínas totales 4 y fraccionadas disminuidas, IMC 17.5</p>
<p><b>NOC</b></p>	<p><b>NIC</b></p>	
<p>ESTADO NUTRICIONAL<sup>10</sup>:</p> <p>Ingesta de alimentos</p> <p>Ingesta de líquidos</p> <p>Peso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado de Hidratación</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL</b></p> <p>Determinar situación nutricional y la capacidad para saciar sus requerimientos nutricionales.</p> <p>Valorar abdomen, RHA, residuo gástrico.</p> <p>Controlar calorías y la tolerancia a la ingesta alimentaria.</p> <p>Revisar la tendencia de pérdida y aumento de peso</p> <p>Control de albumina, proteínas totales y fraccionadas, Hb. y glicemia</p> <p style="text-align: center;"><b>MANEJO DE LA NUTRICIÓN</b></p> <p>Coordinar y verificar las calorías y el tipo de nutrientes requeridos para satisfacer necesidades nutricionales.</p> <p>Iniciar nutrición enteral por SNG según indicación</p> <p>Vigilar tolerancia de la NET</p> <p>Colocar en posición semifowler durante la administración de dieta</p>	
<p><b>PROBLEMA COLABORATIVO: DESNUTRICIÓN CALORICO PROTEICA</b></p>		

<p><b>“RIESGO DE DÉFICIT DE VOLÚMEN DE LÍQUIDOS”</b></p>	<p>Factores de riesgo pérdida excesiva de líquidos, NPO</p>
<p><b>NOC</b></p>	<p><b>NIC</b></p>
<p>EQUILIBRIO HÍDRICO<sup>10</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presión Arterial</li> <li>- Pulsos Periféricos</li> </ul> <p>HIDRATACIÓN<sup>10</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BH</li> <li>- Electrolitos séricos</li> <li>- Hidratación cutánea</li> </ul>	<p>MANEJO DE LÍQUIDOS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar Balance Hídrico estricto</li> <li>- Vigilar grado de hidratación de piel y mucosas</li> <li>- Administrar fluidos según prescripción</li> <li>- Vigilar signos de sobrecarga hídrica</li> </ul> <p>MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS<sup>11</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar factores de riesgo de desequilibrio de fluidos en el paciente</li> <li>- Monitorizar PA, FC</li> <li>- Vigilar turgencia cutánea</li> <li>- Monitorizar parámetros hemodinámicos</li> <li>- Monitorizar según prescripción sodio y potasio sérico</li> </ul>
<p>PROBLEMA COLABORATIVO: DESHIDRATACIÓN, SHOCK</p>	

<b>RIESGO DE ASPIRACIÓN<sup>9</sup></b>	factores de riesgo: sedación, intubación endotraqueal, SOG
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>
<b>CONTROL DEL RIESGO<sup>10</sup></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Controla factores de riesgo ambiental</li> <li>- Desarrolla estrategias de control</li> </ul>	<b>PRECAUCIONES PARA EVITAR LA ASPIRACIÓN</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar riesgos biológicos, ambientales en la atención del paciente</li> <li>- Realizar actividades de reducción del riesgo: posición semifowler,</li> <li>- Mantener en posición semifowler de 45 grados post alimentación enteral por 2 horas</li> <li>- Realizar aspiración de secreciones previamente a la nutrición enteral</li> <li>- Revisar el neumotaponador del TET cada 8 horas y verificar previo a la aspiración de secreciones</li> </ul>
<b>PROBLEMA COLABORATIVO: NEUMONÍA ASPIRATIVA</b>	

<b>RIESGO DE LESIONES POR PRESIÓN</b>	factores de riesgo: inmovilidad, humedad, excreciones, hipertermia
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS<sup>10</sup></li>   <li>• CONTROL DEL RIESGO<sup>10</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PREVENCIÓN DE LAS LESIONES POR PRESIÓN<sup>11</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorar el riesgo de UPP a través de Escala de Norton</li> <li>- Aplicar apósitos hidrocoloides delgados en prominencias óseas</li> <li>- Coordinar y asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos, si es preciso</li> <li>- Aplicar AGHO en zonas de riesgo (prominencias óseas)</li> <li>- Colocar taloneras</li> <li>- Mantener la piel hidratada</li> </ul> </li> <li>• VIGILANCIA DE LA PIEL <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar la piel de las prominencias óseas y puntos de presión al cambiar de posición</li> <li>- Mantener actualizado el registro de la valoración de la piel en especial de la zona de riesgo</li> </ul> </li> <li>• CAMBIOS DE POSICIÓN <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar cambio postural según reloj de cambio postural, cada 2 horas</li> <li>- Verificar la condición de zonas de prominencia ósea al cambio postural identificando zonas de alarma</li> </ul> </li> <li>• MANEJO DE LAS PRESIONES <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aliviar las zonas de presión colocando almohadas para realizar efecto de puente</li> <li>- Aprovisionar de superficies para el manejo de la presión en los tejidos y zonas de prominencia ósea</li> </ul> </li> </ul>
<b>PROBLEMA COLABORATIVO: LPP, SEPSIS A PARTIR DE FOCO DÉRMICO</b>	

<b>DEFICIT DEL AUTOCUIDADO BAÑO, HIGIENE, VESTIDO Y ALIMENTACIÓN<sup>9</sup></b>	R/C sedoanalgesia (RASS -4)	E/P necesidad para movilización e higiene, sonda Foley, SNG para alimentación por RASS '4
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	
<p>CUIDADO PARA LA ALIMENTACIÓN POR SNG.<sup>10</sup></p> <p>CUIDADO EN LA MOVILIDAD.<sup>10</sup></p> <p>CUIDADO PARA EL BAÑO E HIGIENE.<sup>10</sup></p> <p>- CUIDADO PARA ELIMINACIÓN.<sup>10</sup></p>	<p><b>AYUDA EN AUTOCUIDADO ALIMENTACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar posición de SOG previo a la alimentación</li> <li>- Administrar NET vigilando tolerancia</li> </ul> <p><b>AYUDA EN AUTOCUIDADO MOVILIDAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorar grado de dependencia, estado de sedación</li> <li>- Mantener alineación corporal.</li> <li>- Prevenir posiciones que no compriman articulaciones</li> <li>- Movilizar mínimamente cada 3 horas y según valoración del paciente</li> <li>- Realizar ejercicios de flexión y extensión (pasivos) al cambio postural.</li> </ul> <p><b>AYUDA EN AUTOCUIDADO BANO/HIGIENE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar baño según estabilidad ventilatoria y hemodinámica</li> <li>- Utilizar jabón neutro y agua tibia</li> <li>- Realizar higiene oral cada 6 horas</li> <li>- Realizar higiene perineal según sea necesario</li> <li>- Valorar piel y anexos.</li> <li>- Humectar la piel después del baño.</li> </ul> <p><b>AYUDA EN AUTOCUIDADO MICCIÓN /DEFECACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar higiene perineal después de la defecación/micción</li> <li>- Secar rigurosamente la piel y proteger la integridad cutánea</li> </ul>	



<b>ANSIEDAD<sup>9</sup> de la esposa</b>	R/C crisis situacional, factores estresantes	E/P nerviosismo, temor, preocupación, voz temblorosa
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	
<b>AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS<sup>10</sup></b> - Verbaliza sensación de control - Refiere disminución de estrés - Verbaliza necesidad de asistencia	<b>MEJORAR EL AFRONTAMIENTO</b> - Evaluar nivel de ansiedad - Valorar el nivel de comprensión del familiar - Utilizar comunicación efectiva y tranquilizadora - Apoyara al familiar a obtener información relevante - Facilitar e contacto con el paciente dando información sobre la unidad y procedimiento de visita - Alentar la verbalización de sentimientos y percepciones - Instruir al familiar sobre técnicas sencillas de manejo de estrés	
<b>PROBLEMA COLABORATIVO: CRISIS REACTIVA, DEPRESIÓN</b>		

### 3.4 EVALUACIÓN

Mientras el sr. ZM se encontró en Ventilación Mecánica se logró controlar el riesgo de Aspiración y el Riesgo de Lesiones por Presión.

El deterioro del Intercambio de Gases se mantuvo durante 72 horas y posteriormente se retiró del Plan de Cuidados.

La limpieza ineficaz de vías aéreas se mantuvo entre leve a ninguna desviación del rango normal.

Con relación a la Disminución del Gasto cardiaco se incrementaron las pérdidas llevando al paciente al shock requiriendo manejo con derivados sanguíneos, fluidos e inotrópicos.

La hipertermia fue controlada las primeras 48 horas.

Con relación al “Riesgo de déficit de volumen de líquidos”<sup>9</sup> frente a los signos de déficit se coordinó con el equipo médico para la prescripción y administración de fluidoterapia.

El estrés anabólico por la sepsis requirió del manejo multidisciplinario ,presentando desnutrición leve manejada en forma conjunta con la Unidad de Soporte Nutricional.

Con relación a la ansiedad en la esposa del paciente demostró alivio y participación en el cuidado del paciente.

#### IV. CONCLUSIONES

La sepsis de foco respiratorio se considera la principal causa de sepsis y shock en el paciente en condición crítica, siendo la mortalidad asociada de moderada a grave<sup>10</sup> (más del 40%).

El enfermero especialista en cuidados intensivos debe desarrollar una minuciosa valoración que le permita identificar evidencias de afectación de las respuestas humanas del paciente en condición crítica, lo que le permitirá plantear diagnósticos en forma priorizada así como intervenciones efectivas basadas en evidencia para la prevención, control de los “factores de riesgo y de los factores relacionados<sup>9</sup>” a fin de contribuir a la recuperación del paciente en condición crítica atendiendo en forma integral tanto al paciente como a la familia asegurando el cuidado humanizado y su contribución efectiva al cuidado especializado.

## V. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. [Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al:](#) The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (sepsis-3). *JAMA* 315:801–810, 2016. doi:10.1001/jama.2016.0287
2. Gómez-Gómez B, Sánchez-Luna JP, Pérez-Beltrán CF, Díaz-Greene EJ, Rodríguez-Weber FL. Choque séptico. Lo que sabíamos y lo que debemos saber... Artículo de revisión *Med Int Méx.* 2017 May;33(3):381-391.
3. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, et al. Surviving Sepsis campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock. *Critical Care Med* 2013; 4(41):580-637.
4. Levi D. Procter , MD, Virginia Commonwealth University School of Medicine Revisado/ Modificado Jun. 2022 | Modificado Set. 2022. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/cuidados-cr%C3%ADticos/shock-y-reanimaci%C3%B3n-con-1%C3%ADquidos/shock> [2023 Oct.28].
5. Chelazzi C, Villa G, Mancinelli P, et al: Glycocalyx and sepsis-induced alterations in vascular permeability. *Crit Care* 19(1):26, 2015. doi:10.1186/s13054-015-0741-z
6. [Martin L, Koczera P, Zechendorf E, et al:](#) The endothelial glycocalyx: New diagnostic and therapeutic approaches in sepsis. *Biomed Res Int* 2016:3758278, 2016. doi:10.1155/2016/3758278
7. Seymour CW, Liu VX, Iwashyna TJ, et al: Assessment of clinical criteria for sepsis: For the third international consensus definitions for sepsis and septic shock (sepsis-3). *JAMA* 215(8):762–774, 2016. doi: 10.1001/jama.2016.0288
8. Arroyo-Lucas S, Vásquez-Cruz R, Martínez-Becerril M, Nájera-Ortiz MP. Patrones funcionales: una experiencia en el camino de la construcción de conocimiento. *Rev Mex Enf.* 2018;6:97-102. Disponible en: <https://www.incmnsz.mx/2018/RevistaEnfermeria/RevistaEnfermeria-2018-3.pdf> [2023 Set.22].
9. NANDA Internacional. Diagnósticos de Enfermería, definiciones y clasificación 2021-2023. 12va. Ed. , Publicaciones Medicas Thieme. EEUU
10. Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 2018; Disponible en: <https://bibvirtual.upch.edu.pe:2261/student/nursing/content/toc/3-s2.0-C20180005587> [2023 Set.02].

11. Butcher H. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 2018 Disponible en: <https://bibvirtual.upch.edu.pe:2261/student/nursing/content/toc/3-s2.0-C20180005575> [2021 Set.02].
12. Carpenito LJ. Manual de Diagnósticos de Enfermería. 15va Ed. Wolters Kluwer; 2017.
13. Pancorbo, PL., García, FP., Soldevilla JJ., Blasco, C. (2009). Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Serie Documentos técnicos GNEAUPP n° 11. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño.
14. Joseph D Forrester, Manual MSD. Stanford University. Revisado/Modificado Mar. 2023. <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/cuidados-cr%C3%ADticos/sepsis-y-shock-s%C3%A9ptico/sepsis-y-shock-s%C3%A9ptico>
15. Olano P. *Validación de un registro de atención de enfermería en cuidados intensivos del H.A.S.S. 2021.* [Trabajo de grado Especialidad en Enfermería, Universidad Peruana Cayetano Heredia] Repositorio Académico. [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11431/Validacion\\_ParedesOlano\\_Maria.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11431/Validacion_ParedesOlano_Maria.pdf?sequence=4&isAllowed=y)

## ANEXOS

### Escala de Norton (Valoración del riesgo de úlceras por presión)

#### Objetivo:

Valorar el riesgo de desarrollar úlceras por presión.

#### Descripción:

Las escalas de valoración de riesgo para desarrollar úlceras por presión son instrumentos que establecen una puntuación o probabilidad de riesgo de desarrollar úlceras por presión en una persona, en función de una serie de parámetros considerados como factores de riesgo.

La escala de Norton fue desarrollada por Norton, McLaren y Exton-Smith en Reino Unido en 1962. Es específica para personas mayores, es una escala negativa a menor puntuación mayor riesgo

#### Requerimientos:

- Formato impreso.
- Bolígrafo.
- Espacio privado, ventilado, iluminado, libre de distracciones.
- Guantes (en caso de ser necesario).

**Tiempo de aplicación:** 10 minutos.

#### Instrucciones:

1. De acuerdo a su observación como evaluador, por cada criterio y elemento de evaluación asigne el puntaje que corresponda según la situación de la persona mayor.
2. Realice la sumatoria de todos los puntos obtenidos y registre el resultado en apartado correspondiente

#### Calificación:

- El puntaje máximo es de 20 y un mínimo de 5 puntos.

#### Sugerencias o pautas de Interpretación:

De acuerdo a la observación y el puntaje obtenido es necesario considerar lo siguiente:

- **Riesgo alto:** Puntuación  $\leq 12$
- **Riesgo moderado:** Puntuación  $\leq 16$

#### Referencias:

• Pancorbo, PL., García, FP., Soldevilla JJ., Blasco, C. (2009). Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Serie Documentos técnicos GNEAUPP n° 11. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño.

## Escala de Norton (Valoración del riesgo de úlceras por presión)

criterio	Evaluado	Puntos
Estado físico	4= Bueno. 3= Débil. 2= Malo. 1= Muy mala.	
Estado mental	4= Alerta. 3= Apático. 2= Confuso. 1= Estuporoso.	
Actividad	4= Camina. 3= Camina con ayuda. 2= En silla de ruedas. 1= En cama.	
Movilidad	4= Completa. 3= Limitada ligeramente. 2= Muy limitada.	
Incontinencia	4= No hay. 3= Ocasional. 2= Usualmente urinaria. 1= Doble incontinencia.	

**Resultado**

### Calificación:

- El puntaje máximo es de 20 y un mínimo de 5 puntos.  
 Marque con una ✓ de acuerdo al resultado obtenido

### Interpretación

- Riesgo alto:** Puntuación  $\leq 12$
- Riesgo moderado:** Puntuación  $\leq 16$