



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN SEPSIS ABDOMINAL
BASADO EN LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM

CHASE GRANDA MAYRA ANTONIETA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

ROSARIO YAGUANA YAJAIRA MADELAYNE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2021



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN SEPSIS
ABDOMINAL BASADO EN LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM

CHASE GRANDA MAYRA ANTONIETA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

ROSARIO YAGUANA YAJAIRA MADELAYNE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2021



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO TITULACIÓN
ANÁLISIS DE CASOS

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN SEPSIS ABDOMINAL BASADO EN
LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM

CHASE GRANDA MAYRA ANTONIETA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

ROSARIO YAGUANA YAJAIRA MADELAYNE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

CALDERON MARTINEZ VIRGINIA JESSENIA

MACHALA, 05 DE ENERO DE 2021

MACHALA
2021

SEPSIS ABDOMINAL

INFORME DE ORIGINALIDAD

2%

INDICE DE SIMILITUD

2%

FUENTES DE
INTERNET

0%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

www.metrosalud.gov.co

Fuente de Internet

2%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 2%

Excluir bibliografía

Activo

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

Las que suscriben, CHASE GRANDA MAYRA ANTONIETA y ROSARIO YAGUANA YAJAIRA MADELAYNE, en calidad de autoras del siguiente trabajo escrito titulado PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN SEPSIS ABDOMINAL BASADO EN LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM, otorgan a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

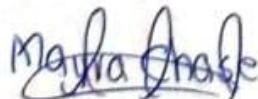
Las autoras declaran que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

Las autoras como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 05 de enero de 2021



CHASE GRANDA MAYRA ANTONIETA
0705492049



ROSARIO YAGUANA YAJAIRA
MADELAYNE

DEDICATORIA

Este trabajo realizado lo queremos dedicar sobre todo a Dios, por habernos dado la sabiduría, inteligencia y perseverancia para lograr terminarlo de manera correcta, a nuestros maestros quienes nos forjaron día a día tanto a nivel estudiantil como personal, por su paciencia, esfuerzo y amor para compartir sus conocimientos y técnicas con nosotros para el servir del paciente, a nuestros padres, hijos y hermanos quienes son pilar fundamental para sostenernos en pie de lucha hasta alcanzar nuestros objetivos propuestos.

Nada de esto hubiese sido posible sin la ayuda brindada por cada uno de ustedes, de todo corazón quedamos inmensamente agradecidos, y por ello dedicamos nuestros triunfos.

RESUMEN

Introducción: Dorothea E. Orem presenta su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general que consta de tres subteorías interrelacionadas: teoría de autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y teoría de los sistemas de cuidado. La peritonitis se refiere a la condición inicial con irritación del peritoneo por varias razones. Su tratamiento suele consistir en laparotomía exploradora, operaciones abiertas o mínimamente invasivas por laparoscopia, siendo esta última intervención del paciente, si bien se anteceden varios diagnósticos fallidos que provocan una acción retardada frente al proceso infeccioso y a su vez conllevan varias complicaciones adicionales como: choque pulmonar, edema general, leucocitosis, adherencias entre otras que se presentan durante la recuperación del paciente la cual se detalla según los avances y mejoras, donde se realiza hincapié en la educación al paciente basado en la teoría de Dorothea Orem con el autocuidado durante la estancia hospitalaria.

Objetivo: Esta investigación tiene como objetivo implementar un plan de cuidado de enfermería basado en la teoría de Dorothea Orem aplicado en paciente con sepsis abdominal, mediante el análisis, comprensión y estudio de la patología y sus complicaciones, para así actuar de manera oportuna en el cuidado y educación de la paciente

Metodología: La metodología aplicada es de tipo descriptivo ya que se realiza mediante la revisión de una historia clínica.

Resultados: Las necesidades que surgieron en el paciente fueron dolor, deterioro de la movilidad física, patrón respiratorio ineficaz, riesgo de infección, ansiedad, riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal y riesgo de estreñimiento, de las cuales fueron aplicadas en el proceso de atención del enfermero durante la estancia hospitalaria del paciente.

Conclusión: Las estrategias de tratamiento médico y quirúrgico son elementales y se utilizan inmediatamente en el diagnóstico. Controlar la fuente de infección es la piedra angular del tratamiento. La falta de control o su ineficacia conduce a la persistencia de la infección local y sistémica. Además, en el tratamiento quirúrgico moderno, se debe considerar el cuidado de la pared abdominal para finalmente rehabilitar al individuo, la implementación de nuevas técnicas quirúrgicas más el cuidado excepcional por parte del personal de enfermería y lo planes de cuidados basado en la teoría del autocuidado impartidos al pacientes fueron clave para la recuperación y mejora de la salud.

Palabras Claves: Shock séptico, Sepsis abdominal, Peritonitis, Constipación, Adherencias.

ABSTRACT

Introduction: Dorothea E. Orem presents her self-care deficit theory as a general theory that consists of three interrelated sub-theories: self-care theory, self-care deficit theory, and care systems theory. Peritonitis refers to the initial condition with irritation of the peritoneum for various reasons. Its treatment usually consists of exploratory laparotomy, open or minimally invasive laparoscopic operations, the latter being the patient's intervention, although there are several failed diagnoses that cause delayed action against the infectious process and in turn entail several additional complications such as: pulmonary shock, general edema, leukocytosis, adhesions among others that occur during the recovery of the patient which is detailed according to progress and improvements, where emphasis is placed on patient education based on Dorothea Orem's theory with self-care during the hospital instance.

Objective: This research aims to implement a nursing care plan based on Dorothea Orem's theory applied to a patient with abdominal sepsis, through the analysis, understanding and study of the pathology and its complications, in order to act in a timely manner in the care and patient education.

Methodology: The applied methodology is descriptive since it is carried out by reviewing a clinical history.

Results: The needs that arose in the patient were pain, impairment of physical mobility, ineffective breathing pattern, risk of infection, anxiety, risk of body temperature imbalance and risk of constipation, of which they were applied in the care process of the nurse during the patient's hospital stay.

Conclusion: Medical and surgical treatment strategies are elementary and are used immediately in diagnosis. Controlling the source of infection is the cornerstone of treatment. Lack of control or its ineffectiveness leads to the persistence of local and systemic infection. In addition, in modern surgical treatment, care of the abdominal wall should be considered to finally rehabilitate the individual, the implementation of new surgical techniques plus exceptional care by the nursing staff and care plans based on the theory of self-care imparted to patients were key to recovery and health improvement.

Key Words: Septic shock, Abdominal sepsis, Peritonitis, Constipation, Adhesions.

ÍNDICE

DEDICATORIA	1
RESUMEN	2
ÍNDICE DE TABLAS	5
CAPÍTULO I: Generalidades del Objeto de Estudio	7
1.1 Definición y contextualización del objeto de estudio	7
CAPÍTULO II: Fundamentación Teórica- epistemológica del Estudio.	10
2.1 Bases teóricas de la investigación	10
2.1.1 Sepsis Abdominal.	10
2.1.2 Epidemiología.	11
2.1.3 Fisiopatología.	12
2.1.4 Etiología.	13
2.1.5 Factores de riesgos.	14
2.1.6 Manifestaciones clínicas.	15
2.1.7 Diagnóstico.	16
2.1.8 Complicaciones.	18
2.1.9 Tratamiento.	19
2.1.10 Escala para pacientes hospitalizados.	21
2.1.11 Dorotea Orem	23
CAPÍTULO III: Proceso metodológico	24
3.1 Diseño o tradición de investigación seleccionada	24
3.1.1 Tipo de Investigación.	24
3.1.2 Unidad de análisis.	24
3.1.3 Área de estudio.	24
3.1.5 Método de estudio.	24
3.1.6 Técnicas a utilizar.	24
3.1.7 Instrumento de investigación.	25
3.1.8 Categorías.	25
3.2 Proceso de recolección de datos en la investigación.	25
3.2.1 Aspectos éticos legales.	25
3.2.2 Petición de acceso para el manejo de la historia clínica.	26
3.2.4 revisión de la historia clínica.	26
3.3 Sistema de categorización en el análisis de información	26
3.3.1 Historia clínica.	26
3.3.2 Anamnesis.	26
3.3.3 Diagnóstico médico.	27
3.3.4 Intervenciones de enfermería.	27
3.5 Proceso de atención de Enfermería	28
CAPÍTULO IV: Resultados de la investigación	36
4.1 Descripción y argumentación teórica de resultados	36
4.2 Conclusiones	39

4.3 Recomendaciones	39
---------------------	----

BIBLIOGRAFÍA	40
---------------------	-----------

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios del índice pronóstico de Mannheim.	20
Tabla 2. Escala de riesgo de caídas Downton.	24
Tabla 3. Escala de Hunt y Hess.	26
Tabla 4. Valoración de riesgo de infección.	32
Tabla 5. Valoración del dolor.	32
Tabla 6. Valoración del Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal.	33
Tabla 7. Valoración del deterioro de la movilidad física.	34
Tabla 8. Valoración de ansiedad.	35
Tabla 9. Valoración de riesgo de estreñimiento.	36
Tabla 10. Valoración del patrón respiratorio ineficaz.	37

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>Fisiopatología de la sepsis.</i>	17
Figura 2. <i>Bacterias causantes de sepsis.</i>	18
Figura 3. <i>Bundle de reanimación inicial de la sepsis.</i>	24
Figura 4. <i>Escala de Coma de Glasgow.</i>	26

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, a pesar de los avances quirúrgicos y terapéuticos y la creación de unidades intensivas e intermedias, la peritonitis ha continuado siendo un problema grave para la cirugía y cuidados intensivos, y su incidencia continúa en avance (1). La sepsis se define como la manifestación de un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica más la presencia de un foco infeccioso. Se caracteriza por un desequilibrio en la respuesta inflamatoria humoral debido a un aumento en la liberación de citocinas proinflamatorias en comparación con las antiinflamatorias (2).

La Organización Panamericana de la Salud, (OPS) considera que, la sepsis es una complicación que ocurre cuando el cuerpo crea una respuesta inmune anormal y desequilibrada a una infección. La sepsis es una emergencia médica y, si no se diagnostica y trata a tiempo, puede causar daño tisular permanente, shock séptico, insuficiencia orgánica múltiple y poner en peligro la vida. El choque séptico es una forma grave de sepsis en la que los trastornos circulatorios, celulares o metabólicos son tan graves que aumentan significativamente el riesgo de muerte (3).

Aproximadamente 31 millones de personas sufren de sepsis cada año. De estos, alrededor de 6 millones de personas mueren. En los países de ingresos bajos y medianos, la carga de la sepsis es mayor y es una de las principales causas de muerte materna y neonatal. Sin embargo, debido a las limitaciones en el diagnóstico y la notificación, es muy difícil estimar la carga mundial de morbilidad (3). La sepsis es una de las causas más comunes de hospitalización y reanimación y, a menudo, complica otros procesos. La tasa de mortalidad es del 10%, superior a la del ictus, infarto agudo de miocardio o traumatismo grave. Se eleva al 40% cuando se produce un shock séptico (4). Es una enfermedad costosa para el sistema nacional de salud y la principal causa de muerte en las unidades de cuidados intensivos (5).

Por otro lado, la sepsis abdominal es una enfermedad bastante común en las unidades de cuidados intensivos y tiene ciertas características que la distinguen de otros procesos sépticos para los que se han revisado enfoques diagnósticos y terapéuticos en la literatura científica disponible en la actualidad. Esta instalación clínica es operada por equipos clínicos y quirúrgicos y servicios auxiliares debido a su compleja fisiopatología y las muchas vías clínicas a través de las cuales se pueden desarrollar enfermedades. (6)

La mejora e implementación de nuevas técnicas quirúrgicas, la creación de unidades de cuidados intensivos y el desarrollo de potentes fármacos antimicrobianos no han reducido la mortalidad por sepsis abdominal, que persiste en el 8-30% de los pacientes. Esto se debe a la asociación de una serie de factores que determinan el pronóstico del paciente, que se puede resumir de la siguiente manera: diagnóstico oportuno de la enfermedad, tipo de operación y posibilidad del foco de infección, tiempo o momento de la historia natural de la enfermedad, exterminar o controlar la enfermedad en la que se realiza la operación, la reserva orgánica funcional de varios sistemas, sistemas de acogida, y el grado de exposición al estrés fisiológico agudo causado por la sepsis abdominal y las intervenciones quirúrgicas.

La incidencia media en los EE. UU. Es de 3,5 millones de casos por año con una tasa de mortalidad del 20-30%, y para los pacientes con insuficiencia orgánica de más de tres órganos, la tasa de mortalidad es del 70%. SA en Europa ocupa el segundo lugar en frecuencia (22%). En México, el 47% de los pacientes ingresan en unidades de cuidados intensivos. Se observa por igual en ambos sexos, aumenta con la edad y con un número creciente de comorbilidades. En la infancia, se encontró una incidencia de sepsis de 56 a 60 por cada 100.000 niños en todo el mundo, que es mucho mayor en los niños menores de 1 año (500-900 / 100.000). Los recién nacidos representan más del 33% del total y los pacientes menores de 1 año, del 48 al 66%. (7)

Por otro lado, América Latina parece diferir ampliamente de los países desarrollados en términos de su contexto étnico y cultural, disponibilidad y acceso a los servicios de salud, y el desarrollo de los propios ensayos clínicos (8). Las infecciones intraabdominales son una patología quirúrgica grave a la que se enfrentan los cirujanos modernos en su práctica médica diaria. Representan alrededor de 300,000 casos nuevos al año, y aunque los números no son confiables en México, es una condición con la que este hospital vive constantemente. (9)

En 2017 se reportaron 38.533 casos de apendicitis aguda en Ecuador, lo que equivale a 22,97 casos por 10.000 habitantes. Esta es la primera causa de morbilidad (enfermedad) en el país. (10). La incidencia, morbilidad y mortalidad de la sepsis la convierten en un gran problema de salud que requiere la adopción de medidas específicas para comprender el problema, identificarlo temprano, desarrollar pautas de acción basadas en los conocimientos actuales y promover su aplicación en la práctica.

CAPÍTULO I: Generalidades del Objeto de Estudio

1.1 Definición y contextualización del objeto de estudio

El presente estudio de caso propone un Proceso de atención de enfermería basado en la teoría de Dorothea Orem aplicado en paciente con sepsis abdominal.

Se trata de paciente femenino de 21 años de edad, con antecedentes patológicos de síndrome de intestino irritable, quien acude a casa asistencial, orientada en sus tres esferas con severa deshidratación por emesis continúa, refiere dolor abdominal a la palpación profunda, manifiesta haber vomitado por más de 8 veces seguidas durante 2 horas y no poder realizar las deposiciones por más de 24 horas. Es evaluada por el médico de guardia y es ingresada el 21/06/2018 para hidratación con solución salina hipertónica más analgésico y antiespasmódico y es puesta en observación por 24 horas.

Transcurridas las 24 horas de observación, ingresada por motivo de deshidratación por emesis continua, ha sido estabilizada, refiere estar mejor, motivo por el cual se le brinda el alta, con tto de analgésicos cada 8 horas y dieta blanda.

- Motivo de Ingreso

- Emesis continua
- Dolor abdominal

Para la fecha del 23/06/2018 el paciente femenino de 21 años de edad tras 24 horas de alta, regresa al centro asistencial por motivo de hipertermia de 39° c acompañado de espasmos estomacales, y dificultad para movilizar la extremidad izquierda, es ingresada, estabilizada con antipiréticos y anti espasmódicos e hidratada, se solicita observación de 24 horas y realizar ecografía abdominopélvica junto con hemograma completo. Frente a resultados de exámenes presenta alterados leucocitos en 6.5 m se determina infección de vías urinarias y presencia de litiasis urinaria, prescribiendo medicación y analgésicos.

- Motivo de ingreso y problemas presentes

- Hipertermia 39°
- Espasmos estomacales
- Dificultad para movilizar la extremidad izquierda

- Infección de vías urinarias

- **Resultados de exámenes**

- Litiasis urinaria
- Leucocitos en 6.5 mm

Por petición de familiares, la paciente es atendida por médico externo el 25/06/2018, quien determina basada en evidencia ecográfica realizada por segunda vez, donde se da como diagnóstico litiasis, se mantiene con paciente con medicación, pese a esto la paciente presenta episodios de dolor intenso principalmente en la madrugada, presenta dificultad para la movilización, estreñimiento y refiere dolor en la diuresis.

Para el día 26/06/2018 se suspende medicación y se realiza una tomografía completa contrastada por orden del doctor externo, debido a que la paciente no responde a la medicación, tras resultados se evidencia el apéndice perforada (peritonitis) con evolución de 5 días motivos por el cual paciente regresa a clínica con sonda vesical y vía periférica permeable a las 10 am. Es ingresada a quirófano para preparación de cirugía de emergencia. La cirugía se la realiza 11 am por medio de laparoscópica con aviso de que si el caso se complica cambian a un proceso abierto.

Durante la cirugía la paciente se mantiene consciente hasta la mitad, comienza a perder efecto la anestesia epidural, motivo por el cual el anestesiólogo recurre a anestesia general, debido a dicho evento, la paciente sufre paro cardiaco y se recurre a la reanimación con placas, llega a latidos de 40` minuto, respiraciones de 5 ` minutos, temperatura de 34°C cae en choque pulmonar y logra ser reanimada, posterior a ello, colocan sonda nasogástrica, tubo endotraqueal, vía central, es sedada, y se estabiliza con Noradrenalina, Epinefrina, Bicarbonato de Sodio y se mantiene en UCI bajo observación.

Para el día 27/06/2018 se encuentra con presencia de sonda nasogástrica, tubo endotraqueal, vía central permeable sonda vesical, tras cirugía laparoscopia de peritonitis con presencia de 3 drenes, a nivel abdominal, edematizada general tipo II. Se intenta despertar, se muestra consciente y tranquila. Queda bajo la observación del médico cirujano, médico general, 2 auxiliares de enfermería, 1 licenciada que llega por turnos. Posee estable saturación de oxígeno. 98% pulso: 19 x' frecuencia cardiaca 70/90. Se mantiene tranquila y consciente se

procede a retirar tubo endotraqueal, se reemplaza por mascarilla de oxígeno a 8 litros por minuto, y se continúa tto con Noradrenalina, epinefrina, bicarbonato de sodio y enoxaparina.

Posterior a ello, se la traslada de la casa asistencial al Hospital General Teófilo Dávila, donde ingresa a UCI con la misma medicación, bajos cuidados se realiza rayos X cada 12 horas para control, hasta presentar mejoría. Se realiza tomografía para corroborar que no existan abscesos a nivel abdominal, se retira drenes y finalmente se mantiene paciente para que cumpla el esquema de antibiótico por 28 días.

1.2 Hechos de interés

En la mayoría de los casos de sepsis intraabdominal, la flora gastrointestinal del huésped se ve afectada. La acidez del jugo gástrico es el factor principal que evita que las bacterias se adhieran a las paredes del intestino delgado proximal. Las enfermedades del estómago y el duodeno que interfieren con estos mecanismos de defensa, como la aclorhidria gástrica anormal o fármacos secundarios, alteran la flora. La obstrucción del yeyuno y el íleon conduce al estreñimiento con un aumento significativo del número de bacterias anaerobias y coliformes normalmente presentes en el intestino delgado.

CAPÍTULO II: Fundamentación Teórica- epistemológica del Estudio.

2.1 Bases teóricas de la investigación

2.1 1 Sepsis Abdominal.

La sepsis es la respuesta abrumadora y potencialmente mortal del cuerpo a la infección, que puede causar fallas en muchos sistemas de órganos. Es una reacción exagerada del sistema inmunológico del cuerpo a la infección que sigue a la liberación de mediadores inflamatorios como las citocinas en el torrente sanguíneo (12)

La sepsis es una disfunción orgánica potencialmente mortal causada por una desregulación de la respuesta del huésped a la infección. La sepsis y el shock séptico son problemas de salud graves que afectan a millones de personas cada año y que matan a una de cada cuatro personas. Al igual que con el traumatismo múltiple, el infarto agudo de miocardio o el

accidente cerebrovascular, la detección temprana y el tratamiento pocas horas después de la aparición de la sepsis mejoran los resultados. (13)

La sepsis abdominal es una disfunción orgánica potencialmente mortal causada por la respuesta irregular del huésped a la infección intraabdominal (IIA). En la IIA sin complicaciones, la infección se limita a un órgano y rara vez causa una afección crítica como un absceso intraabdominal. Las enfermedades complicadas se diseminan desde el órgano original hasta la cavidad abdominal y pueden causar sepsis y peritonitis difusa en aproximadamente el 40% de los pacientes. (14) Dependiendo de la fuente y la naturaleza microbiana, la peritonitis se puede dividir en primaria, secundaria o terciaria.

Peritonitis primaria: es una infección bacteriana difusa que no afecta la integridad del tracto digestivo. Es una enfermedad rara que se presenta principalmente en la infancia y en pacientes con cirrosis.

Peritonitis secundaria: esta es la forma más común y el resultado de una violación de la integridad del tracto digestivo debido a la perforación o invasión directa de un órgano intraabdominal infectado.

Peritonitis terciaria: es la infección intraabdominal recurrente o persistente dentro de las 48 horas con tratamiento quirúrgico adecuado y exitoso para la peritonitis primaria. Esto se debe a la presencia de flora nosocomial como *Staphylococcus aureus* coagulasa negativo, *Candida*, *Enterococos*, *Pseudomonas*, *Enterobacteria* y otras bacterias y hongos. La tasa de mortalidad es muy alta, del 30 al 64% (15).

2.1.2 Epidemiología.

Es imposible evaluar con precisión la carga epidemiológica de la sepsis en el mundo. Según estimaciones aproximadas de incidencia extrapoladas a datos de los Estados Unidos, puede haber entre 15 y 19 millones de casos en todo el mundo cada año. Según otros datos, hay 31 millones y 24 millones de casos de sepsis y shock séptico, respectivamente, y aproximadamente 6 millones de muertes por condiciones clínicas que causan sepsis en todo el mundo. (16)

En Norteamérica, la incidencia de sepsis grave es de 300 por 100.000 y la mortalidad puede variar en cada etapa, llegando al 50% en pacientes con shock séptico, un porcentaje

comparable con las enfermedades cardiovasculares en el mismo país. Sin embargo, está claro que la incidencia de esta enfermedad está determinada por cada establecimiento hospitalario, los tipos de pacientes que atienden, las comorbilidades involucradas y su propia flora patógena (17).

En América Latina, un estudio de 6 meses en Colombia en 4 ciudades del país, 7.668 pacientes fueron ingresados en 10 unidades de cuidados intensivos (UCI) médico-quirúrgicos, 826 (12%) fueron diagnosticados de sepsis. De estos, 421 (51%) desarrollaron sepsis en la comunidad, 361 (44%) en la unidad de cuidados intensivos y 44 (5%) en la sala general durante la hospitalización. En la población general, el diagnóstico inicial de infección fue intraabdominal (18,6%), seguido de los casos de neumonía relacionada con la enfermería y neumonía adquirida en la comunidad con 17 y 12,4%, respectivamente. En cuanto a la gravedad de la infección en el momento del ingreso en UCI, el 12% de los 826 pacientes no presentaba daño orgánico. El 30,6% tenía una lesión de un sistema, el 20% del sistema respiratorio, seguido del sistema renal y nervioso central con 3,4% y 2,7%, respectivamente. Doscientos cuarenta y cinco pacientes (29,6%) presentaron daño en 2 órganos, 16% (n = 132) 3 órganos, 8,5% (n = 70) 4 órganos y 3% (n = 25), tenía 5 disfunción de órganos (18).

2.1.3 Fisiopatología.

La sepsis es un síndrome clínico que se caracteriza por una reacción multisistémica al daño patógeno (microorganismos), que consiste en un mosaico de relaciones e interacciones bioquímicas, celulares y órgano en respuesta al daño. Este fenómeno dinámico agrupa los complejos procesos de activación celular que les permiten activar neutrófilos, monocitos, linfocitos y células endoteliales vasculares (19).

Al mismo tiempo, los mecanismos moleculares neuroendocrinos, intracelulares y extracelulares responden a este estímulo y provocan una gran cantidad de eventos como: desequilibrio antioxidante-oxidante, cambios en la coagulación, SIRS, desequilibrio del receptor intranuclear, inmunosupresión y cambios microvasculares. (18)

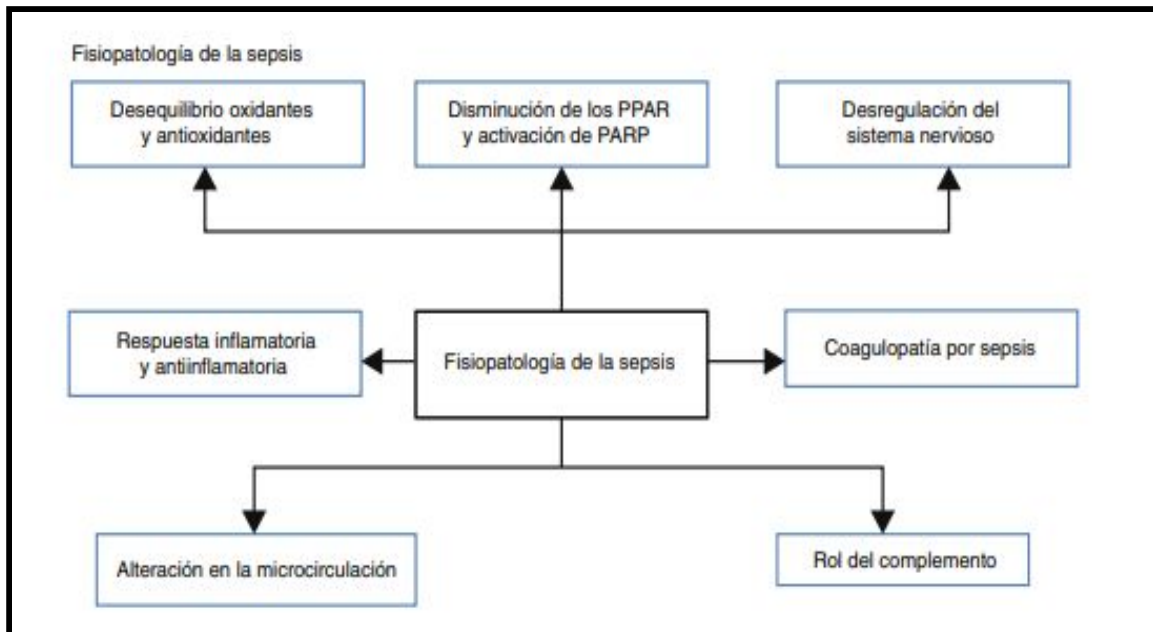


Figura 1. Fisiopatología de la sepsis.

Fuente: Arsanios, et al, (18). Este diagrama muestra los 6 mecanismos fisiopatológicos más importantes del desarrollo de la sepsis. PARP: polimerasa de poli-ADP-ribosa; PPAR: receptores activados por proliferadores de peroxisomas.

2.1.4 Etiología.

En la mayoría de los casos de sepsis intraabdominal, la flora gastrointestinal del huésped se ve afectada. La acidez del jugo gástrico es el factor principal que evita que las bacterias se adhieran a las paredes del intestino delgado proximal. Las enfermedades del estómago y el duodeno que interfieren con estos mecanismos de defensa, como la clorhidria gástrica anormal o reacciones secundarias a medicamentos, alteran la flora (20).

La obstrucción del yeyuno y el íleon provoca estreñimiento con un aumento significativo del número de bacterias presentes en el intestino delgado, generalmente anaerobias y coliformes. La microflora del íleon yeyuno distal muestra un aumento en el número de microorganismos, alcanzando 10^8 / ml, pero en el intestino grueso de 10^{11} a 10^{12} / g de heces. *Escherichia coli* se presenta en el 56,7% de los cultivos de biopsia transoperatoria, seguida de *A. estreptococos* en un 25%, *B. fragilis* en un 22,8% y otros. (21).

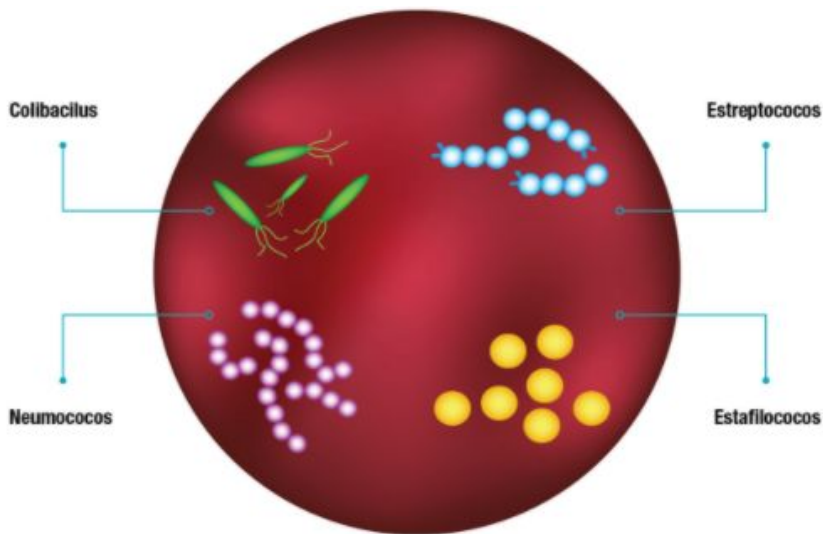


Figura 2. *Bacterias causantes de sepsis.*

Fuente: Carrión y Porras, (11). Bacterias causantes principales de sepsis abdominal.

Se ha descubierto que las bacterias Gram negativas son las principales culpables, pero ahora están siendo superadas por las bacterias Gram positivas. Las infecciones polimicrobianas y los hongos son responsables del aumento de la incidencia de sepsis. Los virus y parásitos tienen una tasa de incidencia más baja. De manera similar, en un gran número de pacientes con sepsis, no se puede identificar el agente causante de la sepsis. El principal foco infeccioso asociado a la sepsis se encuentra en el abdomen, seguido del origen de los pulmones (22).

2.1.5 Factores de riesgos.

La infección intraabdominal generalmente comienza con la perforación del tracto biliar o del tracto intestinal en la cavidad abdominal, lo que permite que los microorganismos ingresen a la cavidad abdominal. La circulación del peritoneo ya mencionada favorece la propagación de microbios contaminantes. Otro grupo patológico que puede dar lugar a un cuadro de sepsis abdominal son aquellos sujetos que no tuvieron el fenómeno de perforación de órganos internos huecos durante su curso natural y en los que, según los conocimientos actuales, la translocación bacteriana juega un papel predominante (23).

Otro factor que también puede provocar un cuadro de sepsis intraabdominal está asociado a una patología infecciosa e inflamatoria de órganos internos sólidos, hígado, páncreas, etc. El diagnóstico etiológico y topográfico es importante para ellos. Esto solo se puede lograr

mediante un análisis cuidadoso del historial médico y los resultados del examen físico, así como una evaluación cuidadosa de las pruebas paraclínicas (23).

2.1.6 Manifestaciones clínicas.

El diagnóstico de las condiciones descritas anteriormente debe basarse en los signos y síntomas clínicos, así como en los hallazgos de laboratorio (bioquímicos, hematológicos y microbiológicos). Las manifestaciones clínicas son inespecíficas, varían de persona y pueden ser las mismas que la enfermedad subyacente o la infección primaria. Todos los órganos y sistemas pueden verse afectados (24).

Hipertermia. Esto es común, pero no constante. Algunos pacientes tienen temperatura normal e incluso hipotermia (más común en recién nacidos, ancianos, alcohólicos, urétricos y con sepsis por gramnegativos).

Manifestaciones neurológicas. Suelen manifestarse temprano. Son más frecuentes en personas con trastornos neurológicos previos y en ancianos. Es posible que haya confusión, estupor y coma. La neurología focal es rara, pero los trastornos focales preexistentes pueden empeorar. También puede ocurrir disfunción autónoma con cambios en la frecuencia cardíaca y daño a los nervios periféricos (polineuropatía).

Manifestaciones musculares. Las mialgias, que se acompañan de patrones febriles infecciosos, se deben al aumento del tono muscular de los nervios somáticos y al daño muscular directo. A menudo se encuentra en el tercio proximal de los muslos.

Manifestaciones endocrinometabólicas. Los posibles cambios incluyen acidosis láctica (aunque inicialmente puede ocurrir algo de alcalosis metabólica debido a la hiperventilación), aumento de los lípidos en sangre, catabolismo proteico acelerado, disminución de la albúmina e hiperglucemia. La presencia de hipoglucemia, junto con niveles de presión arterial que no aumentan con los fármacos vasoactivos, deberían indicar una insuficiencia suprarrenal relativa subyacente. También puede haber una situación relativa con hipotiroidismo e hipopituitarismo.

Manifestaciones cardiovasculares. Pueden producirse lesiones miocárdicas, disminución de la resistencia periférica y fracciones de eyección izquierda y derecha, aumento de la frecuencia cardíaca y del gasto cardíaco. Puede ocurrir dilatación biventricular reversible.

Manifestaciones hematológicas. La leucocitosis con neutrofilia es común. La leucopenia se asocia con un mal pronóstico. La trombopenia es un hallazgo muy común, esté o no asociado con coagulación intravascular diseminada (CID). Si el recuento de plaquetas es inferior a 50.000, asociado con un aumento del tiempo de protrombina, una disminución del fibrinógeno y la aparición de dímeros D, debe sospecharse DIC. La manifestación más común es el sangrado, aunque también puede ocurrir una trombosis de vasos pequeños y medianos.

Manifestaciones pulmonares. Esta es una de las complicaciones más frecuentes. Al principio pueden producirse hipoventilación y cambios en la relación ventilación / perfusión. La manifestación más grave es el síndrome de dificultad respiratoria: aparición de infiltrados pulmonares difusos, hipoxemia severa en la sangre arterial (PaO_2 / FiO_2)

2.1.7 Diagnóstico.

La detección temprana de la sepsis grave es una base fundamental para mejorar los resultados del tratamiento en estos pacientes. La reanimación inicial rápida, el inicio temprano de los antibióticos apropiados y la eliminación inmediata de la enfermedad parecen ser fundamentales para reducir la mortalidad en estas personas críticamente enfermas. Se han desarrollado herramientas para ayudar a los profesionales en la detección temprana de la sepsis, incluida una evaluación de detección que se centra en identificar la gravedad del SRIS y puede ser realizada por un equipo de atención. parece muy fácil de implementar y seguir. Un valor de 4 o más se considera positivo y requiere una visita al médico para examinar al paciente en busca de posibles infecciones. Los primeros resultados de su aplicación fueron prometedores (25).

El pronóstico depende de varios factores que incluyen: edad, causa, comorbilidades, tratamiento quirúrgico temprano y efectivo; Un índice que se utiliza específicamente para evaluar un pronóstico es el índice de Mannheim (26). Este dispositivo tiene en cuenta: edad, sexo, fallo multiorgánico, duración del proceso, origen no colonial, peritonitis generalizada, tipo de líquido detectado y presencia de neoplasia maligna. y con un valor mayor o igual a 26, tiene buena sensibilidad y alta especificidad para predecir la mortalidad y la necesidad de cuidados intensivos en peritonitis secundaria (27). Dada la importancia de identificar los factores que pueden estar asociados con la mortalidad por peritonitis, el objetivo principal de

este estudio fue identificar las principales complicaciones en el postoperatorio, así como los riesgos asociados al índice de Mannheim y la mortalidad.

Tabla 1. Criterios del índice pronóstico de Mannheim.

Criterios	Valor en Puntos
Edad mayor a 50 años	5
Sexo femenino	5
Falla multiorgánica	7
Duración del proceso mayor a 24 horas	4
Origen no colónico	4
Peritonitis generalizada	6
Tipo de líquido encontrado	
Claro	0
Purulento	6
Fecal	12
Presencia de cáncer	4

Fuente: Vintimilla, et al., (28)

El Índice de Peritonitis de Mannheim (IMP) se desarrolló para 1253 pacientes con peritonitis, para quienes inicialmente se demostró que 20 puntos eran 8 predictores de mortalidad. Este índice incluye los siguientes factores: edad, sexo, insuficiencia orgánica, presencia de neoplasias malignas, origen, distribución de la peritonitis, propiedades del líquido peritoneal, rango de 0 a 47 puntos. En comparación con el sistema de clasificación APACHE II, el índice de Mannheim es fácil de usar, ofrece una evaluación individual del riesgo de mortalidad, está rápidamente disponible y suele ser un sistema práctico para predecir patologías como la peritonitis secundaria (29).

Imágenes de diagnóstico: se recomienda realizar una imagen del abdomen utilizando los siguientes escenarios:

-Se recomienda la ecografía para un paciente inestable que no necesita laparotomía inmediata y cuya transferencia desde la unidad de cuidados intensivos (UCI) no es segura. (Recomendación 1B).

- Se recomienda la tomografía computarizada para un paciente adulto estable que no necesita una laparotomía inmediata. (Recomendación 1C).

Pruebas de laboratorio: se recomienda solicitar las siguientes pruebas de laboratorio con fines de diagnóstico, pronóstico, indicadores de gravedad y seguimiento del tratamiento, según el cuadro clínico y el enfoque diagnóstico:

- ❖ -Biometría hemática completa, con diferencial
- ❖ -Glucosa sérica
- ❖ -Pruebas de funcionamiento hepático completo
- ❖ -Pruebas de función renal
- ❖ -Depuración de creatinina (6 horas, 24 horas)
- ❖ -Tiempos de coagulación, INR
- ❖ -Enzimas musculares
- ❖ -Dímero D
- ❖ -Examen general de orina
- ❖ -Cortisol
- ❖ -PCR
- ❖ -Procalcitonina
- ❖ -Hemocultivos para bacterias y hongos
- ❖ -1 – 3 Beta-D-Glucano
- ❖ -Cultivo-biopsia de zona afectada

Se puede considerar una radiografía de abdomen o tórax según el aspecto clínico del paciente. Es importante enfatizar que a cualquier paciente con respuesta inflamatoria sistémica y sin un foco infeccioso establecido o sospechado se le recomienda someterse a un examen tomográfico abdominal (11).

2.1.8 Complicaciones.

La peritonitis aguda tiene una alta tasa de mortalidad y es la primera etapa de la sepsis abdominal; Después de siete días, los supervivientes desarrollan abscesos. Los pacientes intervenidos de peritonitis secundaria suelen tener complicaciones a las que debe enfrentarse cualquier cirujano que son inherentes al procedimiento indicado y que se agravan cuando el paciente presenta otros factores relacionados. Por tanto, un pronóstico favorable es el uso de una adecuada antibioticoterapia y control de origen, lo que reduce la mortalidad de esta patología del 5 al 6% (30).

La sepsis varía de menos grave a grave. A medida que empeora la sepsis, se interrumpe el flujo sanguíneo a órganos vitales como el cerebro, el corazón y los riñones. La sepsis también puede conducir a la formación de coágulos de sangre en órganos y manos, pies, dedos de manos y pies, lo que resulta en diversos grados de insuficiencia orgánica y muerte tisular (gangrena). La mayoría de las personas se recuperan de una sepsis leve, pero la tasa promedio de muerte por shock séptico es de alrededor del 40%. Además, un episodio de sepsis grave puede aumentar el riesgo de infección futura (30).

2.1.9 Tratamiento.

El tratamiento quirúrgico de un foco séptico de la cavidad abdominal debe realizarse lo antes posible, ya que retrasar el tratamiento por más de 24 horas aumenta significativamente la mortalidad y la morbilidad. El acceso laparoscópico, endoscópico o abierto debe evaluarse en función de las indicaciones y de la experiencia del médico y la disponibilidad de recursos. Hay ciertos escenarios en los que se recomiendan imágenes percutáneas (ecografía o tomografía computarizada), como: el drenaje de pequeños abscesos diverticulares (<4 cm de diámetro), abscesos hepáticos y colecistostomía en combinación con terapia antibiótica (11) .

En algunos casos, como, por ejemplo, en la colangitis aguda, se debe considerar el abordaje endoscópico para la descompresión y el drenaje, y en la experiencia del médico puede usarse para otras patologías intraabdominales. En el caso de patologías abdominales complicadas por perforación, se recomienda lavar el peritoneo e instalar tubos de drenaje. Se recomienda realizar una biopsia de cultivo de la cavidad para todos los procedimientos de diagnóstico microbiológico y terapia antibiótica directa (20).

Bundle de reanimación inicial: una estrategia integral consiste en incluir un pequeño grupo de intervenciones basadas en la evidencia para mejorar los diversos procesos de atención de los pacientes críticamente enfermos. El paquete de reanimación con sepsis grave tiene como objetivo estandarizar la atención primaria y garantizar que los pacientes reciban intervenciones básicas que tengan mejores resultados (25).

<p>Implementar en las primeras 3 h de reconocido un cuadro de sepsis severa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medir lactato plasmático 2. Tomar hemocultivos antes de iniciar la administración de antibióticos 3. Administrar antibióticos de amplio espectro 4. Administrar 30 ml/kg de cristaloides ante la presencia de hipotensión o lactato ≥ 4 mmol/L
<p>Completar en las primeras 6 h</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Iniciar noradrenalina cuando la hipotensión no responde a cristaloides, para mantener una presión arterial media (PAM) ≥ 65 mmHg 6. Si la hipotensión persiste a pesar de los cristaloides y/o el lactato inicial es ≥ 4 mmol/L <ul style="list-style-type: none"> - Medir la presión venosa central (PVC)* - Medir la saturación venosa central de oxígeno (SvcO₂)* 7. Volver a medir lactato plasmático si el valor inicial fue elevado*

Figura 3. *Bundle de reanimación inicial de la sepsis.* - Fuente: Yarmuch, et al., (25)

Antibióticos: la administración precoz de antibióticos de amplio espectro por vía intravenosa es otro pilar del manejo inicial. Deben ser administrados idealmente durante la primera hora del diagnóstico de la sepsis severa, debido a que se ha estimado que cada hora de retraso en su inicio se asocia a un aumento de la mortalidad, la que en un reporte puede llegar hasta el 7,6% (25).

Se recomienda inyectar 30 ml / kg de cristaloides (lactato de Ringer o cloruro de sodio al 0,9%) durante los primeros 30 a 60 minutos de tratamiento en un paciente con hipotensión por sepsis. Se debe inyectar líquido hasta que se alcance una presión venosa central (PVC) ≥ 8 mm Hg. Por lo tanto, algunos pacientes pueden necesitar más volumen en esta etapa temprana. Sin embargo, generalmente se acepta que las puntuaciones estáticas se basan en la precarga ventricular, como: PVC, no puede predecir la respuesta hemodinámica a la ingesta de líquidos.

En la unidad de cuidados intensivos, dado que la mayoría de los pacientes están ventilados mecánicamente, es preferible utilizar indicadores dinámicos (variabilidad en el volumen sistólico, variabilidad en la presión del pulso o test de elevación de extremidades inferiores)

para identificar a aquellos pacientes en los que el índice cardíaco y la media arterial La presión (MAP) depende de la precarga. Sin embargo, la PVC es una medida que suele estar fácilmente disponible y, por tanto, puede utilizarse como punto de partida para descartar una hipovolemia manifiesta en el paciente en las primeras horas después de la reanimación.

2.1.10 Escala para pacientes hospitalizados.

Escala Downton: esta escala se selecciona en el sistema sanitario a nivel hospitalario para prevenir caídas en ancianos ya que unifica los criterios de cribado y capta algunos factores con mayor riesgo de caídas. La escala se cumplimenta con la valoración inicial del paciente. El punto de corte se estipula en 2 o más valores, que indicaría alto riesgo de caídas (31).

Tabla 2. Escala de riesgo de caídas Downton.

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS		ALTO RIESGO > 2
CAÍDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes, sedantes, Diuréticos, antidepresivos, otros	1
DÉFICITS SENSORIALES	Ninguno	0
	Alteraciones visuales, auditivas	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda, insegura	1

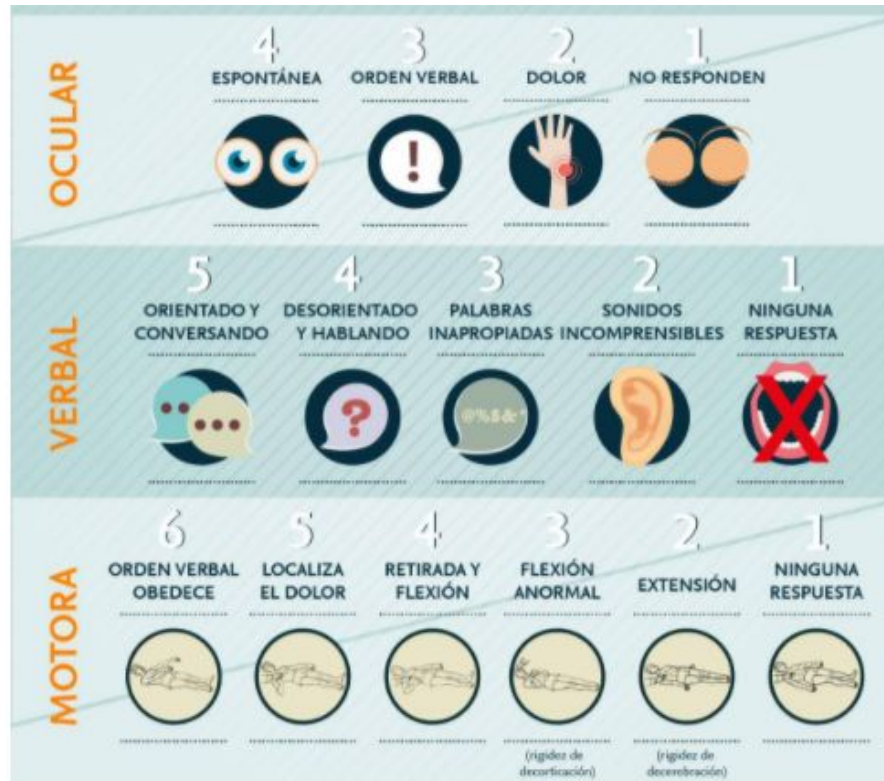
Fuente: Vega, et al., (31)

Escala de Coma de Glasgow (Glasgow Coma Scale (GCS): es una escala de aplicación neurológica que mide el nivel de conciencia de una persona. El examen neurológico de un paciente con lesión cerebral traumática debe ser simple, objetivo y rápido. La evaluación del nivel de conciencia es el parámetro más importante a considerar. Evite términos ambiguos como estupor, somnolencia, pérdida del conocimiento o coma, que son subjetivos y no determinan con precisión la evolución clínica del paciente (32).

La Escala de coma de Glasgow utiliza tres parámetros que se han encontrado que son altamente reproducibles cuando son evaluados por varios observadores: respuesta verbal, respuesta ocular y respuesta motora. La calificación más baja es de 3 puntos, la máxima de 15

puntos. Debe desglosarse en cada sección y siempre se agradecerá la mejor respuesta. La aplicación sistemática de esta escala a intervalos regulares permite obtener el perfil clínico del desarrollo del paciente (32).

Figura 4. Escala de Coma de Glasgow.



Fuente: Elsevier, (32)

Escala de Hunt y Hess (H&H): la escala H&H califica la intensidad del daño meníngeo, la gravedad del déficit neurológico y el nivel de conciencia para dar un pronóstico aproximado. Sus principales ventajas son su uso generalizado y su practicidad. Por el contrario, el uso de términos que permiten la variabilidad de interpretación, como somnolencia, estupor o coma profundo, utilizados para evaluar el nivel de conciencia en esta escala, parece ser una desventaja.

Tabla 3. Escala de Hunt y Hess.

Grado	Descripción
GRADO I	Ausencia de síntomas, cefalea leve o rigidez de nuca leve.
GRADO II	Cefalea moderada a severa, rigidez de nuca, paresia de pares craneanos.
GRADO III	Obnubilación, confusión, leve déficit motor.
GRADO IV	Estupor, hemiparesia moderada a severa, rigidez de descerebración temprana o trastornos neurovegetativos.
GRADO V	Coma, rigidez de descerebración.

Fuente: Hoyos y Moscote, (33)

2.1.11 Dorotea Orem

El cuidado personal es un concepto introducido por Dorothea E. Orem en 1969. El autocuidado es una actividad que aprenden las personas orientadas a objetivos. Se trata de un comportamiento que se da en determinadas situaciones de la vida y que es dirigido por las personas hacia ellos mismos, los demás o entorno con el fin de regular los factores que influyen en su propio desarrollo y función en beneficio de su vida, y su bienestar (34).

Creó la teoría del déficit de autocuidado como un modelo general compuesto por tres teorías interrelacionadas. La teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría del sistema de enfermería como guía para la práctica, la formación y la gestión de la enfermería... La teoría define los requisitos para el autocuidado, que no solo son la parte principal del modelo, sino que también forman parte de la evaluación del paciente. El término requisito se usa en teoría y se define como una actividad que una persona debe realizar para poder cuidarse a sí misma. Dorothea E Orem ofrece tres tipos de reclamaciones al respecto: requisito de autocuidado universal, requisito de autocuidado del desarrollo y requisito de autocuidado de desviación de la salud (34).

CAPÍTULO III: Proceso metodológico

3.1 Diseño o tradición de investigación seleccionada

3.1.1 Tipo de Investigación.

La presente investigación adopta una metodología cualitativa y descriptiva, ya que a través de ellos permite el procesamiento de información que crea un resumen de los datos históricos para proporcionar información útil y preparar los datos para su posterior análisis. La información procesada es por medio de la revisión bibliográfica de artículos científicos y la historia clínica del paciente que describa el proceso patológico del paciente.

3.1.2 Unidad de análisis.

Se trata de paciente femenino de 21 años de edad con diagnóstico médico de peritonitis generalizada.

3.1.3 Área de estudio.

El desarrollo de la investigación es realizado en el Hospital “Teófilo Dávila” del cantón Machala, provincia de El Oro.

3.1.5 Método de estudio.

Descriptivo: intenta indicar las características, perfiles de personas, grupos, comunidades u otros fenómenos que son objeto de análisis. En otras palabras, solo pretenden medir o recopilar información de forma independiente o colectiva sobre las variables con las que se relacionan.

Analítico: se caracterizan por el hecho de querer descubrir una relación hipotética entre un determinado factor de riesgo y un determinado efecto, es decir, quieren establecer una conexión causal entre dos fenómenos naturales.

Científico: es un proceso de investigación ordenado y sistemático en el que, mediante la aplicación consistente de una serie de métodos y criterios, se lleva a cabo una investigación, análisis o investigación sobre un problema o tema, y luego se amplía, amplía o desarrolla para saberlo.

3.1.6 Técnicas a utilizar.

Observación: la observación científica es capaz de describir y explicar la conducta mediante la obtención de datos adecuados y confiables correspondientes a conductas, eventos y / o situaciones bien definidos y ubicados en el contexto teórico.

Entrevista: son un método de investigación cualitativa muy útil para recopilar datos. Se define como una conversación que tiene un propósito diferente a la simple conversación. Es una herramienta técnica que toma la forma de un diálogo hablado.

3.1.7 Instrumento de investigación.

Para el desarrollo del estudio de caso es necesario diferentes instrumentos de investigación como:

- Petición de acceso de la historia clínica.
- Historia clínica del paciente
- Consentimiento informado
- Fuentes bibliográficas de revistas, libros y estudios de casos.
- Bases de datos de Scholar, Scielo, Elsevier, Pubmed y Medigraphic.
- Taxonomías de NANDA, NIC, NOC.

3.1.8 Categorías.

Corresponde a la evaluación de los diferentes criterios del estado del paciente por medio de los siguientes apartados:

1. Anamnesis.
2. Examen físico.
3. Antecedentes patológicos familiares
4. Antecedentes patológicos personales
5. Planes de cuidados de enfermería.

3.2 Proceso de recolección de datos en la investigación.

Para la recolección de datos se realizó bajo el uso de la herramienta de la historia clínica del paciente, la entrevista y observación en el Hospital “Teófilo Dávila” mismo que permitió evaluar, diagnosticar, planificar y aplicar las acciones de enfermería correspondientes. En relación al apartado teórico se tomó en cuenta la recolección bibliográfica de fuentes científicas que sustentan el desarrollo del estudio de bases de datos certificadas.

3.2.1 Aspectos éticos legales.

Para los estudios de caso, se deben vigilar los principios de la bioética de la Salud estos principios corresponden:

- **Autonomía:** el profesional de la salud se encarga de velar por los derechos y privacidad del paciente, es por ello que, se debe solicitar permiso a través del consentimiento informado, dado que, la mayor información se obtiene de fuentes secundarias (historia clínica).

- **Beneficio:** las acciones proporcionadas están enfocadas en el beneficio del paciente a través de los cuidados de enfermería.
- **No maleficencia:** corresponde a las acciones adecuadas sin causar daños adversos al paciente y optimizar su estilo de vida.
- **Confidencialidad:** los datos proporcionados del paciente se mantienen de manera anónima.

3.2.2 Petición de acceso para el manejo de la historia clínica.

Para obtener el acceso a la historia clínica del paciente de estudio de la unidad donde se llevó a cabo su recuperación gracias al oficio enviado hacia el director de esta Institución y su respuesta favorable lo cual permitió el acceso.

3.2.4 revisión de la historia clínica.

Una vez localizada la historia clínica se procedió a la recolección de la información necesaria e importante para el desarrollo completo del estudio de caso del paciente con peritonitis generalizada.

3.3 Sistema de categorización en el análisis de información

3.3.1 Historia clínica.

Se visualizó historia clínica de paciente femenino de 21 años de edad con un diagnóstico de peritonitis generalizada.

3.3.2 Anamnesis.

Se trata de paciente femenino de 21 años de edad que refiere dolor abdominal acompañado de náuseas y emesis continua, acude a clínica particular siendo evaluada días anteriores en centro ambulatorio, donde fue evaluada y omitidos sus síntomas las cuales se intensifican y es evaluada nuevamente por el médico de guardia quien decide su ingreso con un diagnóstico de dolor abdominal agudo, peritonitis generalizada y apendicitis aguda perforada por lo que es intervenida quirúrgicamente.

Signos vitales:

- **-Presión arterial :**120 /70
- **-Frecuencia cardiaca:** 125 lpm
- **-Temperatura:** 36° C
- **-Saturación:** 98%
- **Respiraciones:** 22 x'

-Examen físico:

- **Piel:** pálida – reseca.
- **Cabeza:** normocefalica.
- **Boca:** seca, mucosas orales secas.
- **Tórax:** simétrico con respiración.
- **Abdomen:** tenso- distendido- doloroso a la palpación.
- **Extremidades:** simétricas.
- **Neurológico:** orientada en sus tres esferas.

-Antecedentes patológicos familiares:

Padre: hipertenso y obesidad tipo 3.

Abuela materna: cáncer hepático.

Abuelo materno: cáncer de pulmón.

-Antecedentes patológicos personales: Sin ningunos antecedentes patológicos.

3.3.3 Diagnóstico médico.

Apendicitis aguda perforada y peritonitis generalizada.

3.3.4 Intervenciones de enfermería.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es la aplicación de un método científico a la práctica de la enfermería que permite brindar cuidados de manera racional, lógica y sistemática, fundamental para trabajar en una emergencia. Consta de 5 fases: valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación; y se caracteriza por promover una atención bien diseñada y organizada, la continuidad y personalización de la atención, la gestión del tiempo y el desarrollo del pensamiento crítico en el recurso humano.

- **Valoración:** este es el primer paso para conocer la situación de una persona, familia o comunidad. El punto es recopilar todos los datos necesarios para determinar su estado de salud. Una buena evaluación es importante para que un diagnóstico sea lo más preciso posible.

-**Diagnóstico:** después de examinar al paciente, el siguiente paso es determinar el problema, los diagnósticos de enfermería deben recogerse según la clasificación internacional de Nanda.

-**Planificación:** en esta fase, se desarrolla un plan de cuidados, es decir, describir qué resultados debe lograr el paciente en relación a su diagnóstico y qué acciones tomarán las enfermeras para lograrlos. Como en el paso anterior, estos resultados deben recogerse según la clasificación NOC y las intervenciones según la clasificación NIC.

-Ejecución: son las acciones a ejecutar ya planteadas que permiten un mejoramiento del estado de salud del paciente.

-Evaluación: es determinar si los pasos aplicados anteriormente resultaron ser efectivos en el paciente ya que debería presentar mejoría o viceversa.

3.5 Proceso de atención de Enfermería

Tabla 4. Valoración de riesgo de infección.

Dominio 11: Seguridad/Protección.			
Clase 1. Infección.			
Diagnóstico de enfermería NANDA:			
· (00004) Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos m/p alteración de las defensas primarias o secundarias y por déficit inmunológico.			
Objetivo de Enfermería NOC: (1902) Control del riesgo			
Indicadores	Escala de medición	Puntuación DIANA	
190201 Reconocer el riesgo.	1. Grave	3	5
190204 Desarrollar estrategias de control del riesgo efectivas.	2. Sustancialmente	3	5
	3. Moderado	3	5
190217 Supervisar los cambios en el estado de salud.	4. Leve	2	5
	5. Ninguno	11	20
Intervención de Enfermería-NIC			
Intervención: (6550) Protección contra las infecciones.			

Actividades:

- -Mantener las normas de asepsia para el paciente.
- -Observar los signos y síntomas de infección.
- -Inspeccionar la existencia de enrojecimiento.
- -Administrar terapia de antibióticos.
- -Poner en práctica precauciones universales.

Tabla 5. Valoración del dolor.

Dominio 12: Confort.			
Clase 1. Confort físico.			
Diagnóstico de enfermería NANDA:			
· (00132) Dolor agudo r/c intervención quirúrgica m/p dolor referido.			
Objetivo de Enfermería NOC: (1605) Control del dolor.			
Indicadores	Escala de medición	Puntuación DIANA	
160505 utilizar analgésicos de forma apropiada.	1. Grave	3	5
160509 reconocer los síntomas del dolor.	2. Sustancialmente	2	4
	3. Moderado	3	5
160511 dolor controlado	4. Leve	2	5
	5. Ninguno	10	19
Intervención de Enfermería-NIC			
Intervención: (1400) Manejo del dolor.			

Actividades:

- -Realizar una valoración del dolor.
- - Observar molestias no verbales del paciente.
- - Cumplimiento constante de analgésicos.
- -Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor.
- - Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor.

Tabla 6. Valoración del Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal.

Dominio 11: Seguridad/Protección.			
Clase 6. Termorregulación.			
Diagnóstico de enfermería NANDA: (00007) Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal r/c infección causada por agente bacteriano e/p temperatura 38.5 ° C.			
Objetivo de Enfermería NOC: (0800) termorregulación.			
Indicadores	Escala de medición	Puntuación DIANA	
(080001) temperatura cutánea en el rango esperado. (ERE)	1. Grave	Mantener a:	Aumentar a:
(080007) ausencia de cambios de coloración cutánea.	2. Sustancialmente	3	5
(080009) presencia de piel de gallina cuando hace frío.	3. Moderado	1	4
(080014) hidratación adecuada.	4. Leve	2	5
	5. Ninguno	3	5
		9	19
Intervención de Enfermería-NIC			
Intervención: (3900) regulaciones de la temperatura.			

Actividades:

- - Verificar la temperatura en intervalos.
- -Controlar: presión arterial, pulso y respiración.
- -Monitorizar el color y la temperatura de la piel.
- -Promover la ingesta adecuada de alimentos y líquidos.
- -Administrar medicamentos antipiréticos según sea necesario.

Tabla 7. Valoración del deterioro de la movilidad física.

Dominio 4: Actividad/ Reposo.			
Clase. 2: Actividad/ Ejercicio.			
Diagnóstico de enfermería NANDA: (00085) Deterioro de la movilidad física r/c dolor e/p limitación de la capacidad para las habilidades motoras.			
Objetivo de Enfermería NOC: (0208) Nivel de movilidad.			
Indicadores	Escala de medición	Puntuación DIANA	
(020801) Mantenimiento del equilibrio.	1. Grave	Mantener a:	Aumentar a:
(020802) Mantenimiento de la posición corporal.	2. Sustancialmente	2	4
(020803) Movimiento muscular.	3. Moderado	2	4
(020806) Deambulación	4. Leve	1	5
	5. Ninguno	1	4
		6	17
Intervención de Enfermería-NIC			
Intervención: (1800) Ayuda al autocuidado			

Actividades:

- -Comprobar la capacidad del paciente para realizar autocuidados independientes.
- -Proporcionar ayuda para que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.
- -Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia.
- -Repetir de forma coherente las rutinas sanitarias como medio de establecerlas.
- -Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad.
- Alentar la Independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada.

Tabla 8. Valoración de ansiedad.

Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés.			
Clase 2: Respuestas de afrontamiento.			
Diagnóstico de enfermería NANDA: (00126) Ansiedad r/c Cambio en el entorno e/p preocupación debido a cambios en los acontecimientos vitales.			
Objetivo de Enfermería NOC: (1402) control de la ansiedad.			
Indicadores	Escala de medición	Puntuación DIANA	
(140201) monitorizar la intensidad de la ansiedad. (140203) disminuir los estímulos ambientales de ansiedad. (140205) planear estrategias para superar situaciones estresantes. (140207) utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.	1. Grave 2. Sustancialmente 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	Mantener a: 3 3 3 2 11	Aumentar a: 5 4 5 4 18

Intervención de Enfermería-NIC

Intervención: (5272) apoyo emocional.

Actividades:

- -Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados para el paciente.
- -Ayudar al paciente a identificar sentimientos como miedo, ira o tristeza.
- -Ayuda con la toma de decisiones.
- -Dejar expresar sentimientos y creencias.
- -Ofrecer ayuda con la negación, la ira, la negociación y la aceptación.

Tabla 9. Valoración de riesgo de estreñimiento.

Dominio 3: Eliminación e intercambio.

Clase 1. Función urinaria.

Diagnóstico de enfermería NANDA: (00015) Riesgo de estreñimiento r/c disminución motilidad intestinal e/p cambios en el patrón intestinal.

Objetivo de Enfermería NOC: (1402) control de la ansiedad.

Indicadores	Escala de medición	Puntuación DIANA
-------------	--------------------	------------------

(050101) Patrón de eliminación en el rango. esperado (ERE).	1. Grave	Mantener a:	Aumentar a:
(050102) Control de movimientos intestinales.	2. Sustancialmente	3	5
(050108) Ausencia de sangre en las heces.	3. Moderado	2	4
(050110) Ausencia de estreñimiento.	4. Leve	3	5
(050112) Facilidad de eliminación de las heces.	5. Ninguno	2	4
		1	5
		11	23
Intervención de Enfermería-NIC			
Intervención: (00450) Manejo del estreñimiento / impactación.			
Actividades:			
<ul style="list-style-type: none"> → -Estar atento a los signos y síntomas de estreñimiento del paciente. → Revisar las evacuaciones intestinales, frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, → -Prestar atención a los ruidos intestinales. → -Fomentar la ingesta de líquidos. → -Si es necesario, instruir al paciente / familia sobre una dieta rica en fibra. → -Si es necesario, aplicar enema. 			

Tabla 10. Valoración del patrón respiratorio ineficaz.

<p>Dominio 4: Actividad/Reposo</p> <p>Clase 4. Respuestas cardiovasculares/ pulmonares</p> <p>Diagnóstico de enfermería: (00032) Patrón respiratorio ineficaz r/c hiperventilación e/p disminución de la relación presión inspiratoria/presión espiratoria y disnea.</p>
<p>Objetivo de Enfermería:</p>

Indicadores	Escala de medición	Puntuación DIANA	
		Mantener a:	Aumentar a:
(040301) Frecuencia respiratoria en el rango esperado (ERE).	1. Grave		
	2. Sustancialmente	2	5
(040302) Ritmo respiratoria ERE.	3. Moderado	2	4
	4. Leve	3	5
(040303) Profundidad de la respiración.	5. Ninguno	2	4
(040304) Expansión torácica simétrica.		1	5
		4	4
(040310) Ausencia de ruidos respiratorios patológicos.		3	4
(040311) Ausencia de retracción torácica.		2	5
(040312) Ausencia de respiración forzada.			
(040326) Hallazgos en la radiografía de tórax ERE.		19	36
Intervención de Enfermería-NIC			
Intervención: (03140) Manejo de las vías aéreas.			

Actividades:

- - Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible.
- - Identificar al paciente que requiera de manera real / potencial la intubación de vías aéreas.
- - Abordar la vía aérea oral o nasofaríngea, si procede.
- - Fomentar una respiración lenta y profunda, giros y tos.
- - Ayudar estimulando al paciente durante la realización de la espirometría, si procede.
- - Auscultar sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.
- - Administrar broncodilatadores, si procede.
- - Administrar aire u oxígeno humidificados, si procede.
- - Vigilar el estado respiratorio y la oxigenación, si procede.

CAPÍTULO IV: Resultados de la investigación

4.1 Descripción y argumentación teórica de resultados

Se trata de paciente femenino de 21 años de edad el cual ingresó al centro hospitalario por referir dolor abdominal y que por medio de una evaluación es ingresada con diagnóstico de peritonitis generalizada y apendicitis aguda perforada. De la anamnesis se obtuvo la siguiente información:

Antecedentes patológicos personales: ninguno.

Alergias: ninguna.

Cirugías anteriores: cesárea hace 7 meses.

Antecedentes patológicos familiares: padre; hipertenso y obesidad tipo 3. Abuela materna, cáncer hepático y abuelo materno: cáncer de pulmón.

21/06/2018

Se trata de paciente femenino de 21 años de edad, con antecedentes patológicos de síndrome de intestino irritable, quien acude a casa asistencial, orientada en sus tres esferas con severa deshidratación por emesis continua, refiere dolor abdominal a la palpación profunda, manifiesta haber vomitado por más de 8 veces seguidas durante 2 horas y no poder realizar las deposiciones por más de 24 horas. Es evaluada por el médico de guardia y es ingresada para hidratación con solución salina hipertónica más analgésico y antiespasmódico y es puesta en observación por 24 horas.

23/06/2018

paciente femenino de 21 años de edad tras 24 horas de alta, regresa al centro asistencial por motivo de hipertermia de 39° c acompañado de espasmos estomacales, y dificultad para movilizar la extremidad izquierda, es ingresada, estabilizada con antipiréticos y anti espasmódicos e hidratada, se solicita observación de 24 horas y realizar ecografía abdominopélvica junto con hemograma completo. Frente a resultados de exámenes presenta alterados leucocitos en 6.5 m se determina infección de vías urinarias y presencia de litiasis urinaria, prescribiendo medicación y analgésicos.

25/06/2018

La paciente es atendida por médico externo, quien determina por segunda vez, el diagnóstico de litiasis, se mantiene paciente con medicación, sin embargo, presenta episodios de dolor intenso principalmente en la madrugada, dificultad para la movilización, estreñimiento y refiere dolor en la diuresis.

26/06/2018

Se suspende medicación y se realiza una tomografía completa contrastada por orden del doctor externo, debido a que la paciente no responde a la medicación, tras resultados se evidencia el apéndice perforada (peritonitis) con evolución de 5 días motivos por el cual paciente regresa a clínica con sonda vesical y vía periférica permeable a las 10 am. Es ingresada a quirófano para preparación de cirugía de emergencia. La cirugía se la realiza 11 am por medio de laparoscópica con aviso de que si el caso se complica cambian a un proceso abierto.

Durante la cirugía la paciente se mantiene consciente hasta la mitad, comienza a perder efecto la anestesia epidural, motivo por el cual el anestesiólogo recurre a anestesia general, debido a dicho evento, la paciente sufre paro cardíaco y se recurre a la reanimación con placas, llega a latidos de 40` minuto, respiraciones de 5 `minutos, temperatura de 34°C cae en choque pulmonar y logra ser reanimada, posterior a ello, colocan sonda nasogástrica, tubo endotraqueal y vía central; es sedada y se estabiliza con Noradrenalina, Epinefrina, Bicarbonato de Sodio y se mantiene en UCI bajo observación.

27/06/2018

Paciente femenino se encuentra con presencia de sonda nasogástrica, tubo endotraqueal, vía central permeable sonda vesical, tras cirugía laparoscopia de peritonitis con presencia de 3 drenes, a nivel abdominal, edematizada general tipo II. Se intenta despertar, se muestra consciente y tranquila. Queda bajo la observación del médico cirujano, médico general, 2 auxiliares de enfermería, 1 licenciada que llega por turnos. Posee estable saturación de oxígeno. 98% pulso: 19 x' frecuencia cardíaca 70/90. Se mantiene tranquila y consciente se procede a retirar tubo endotraqueal, se reemplaza por mascarilla de oxígeno a 8 litros por minuto, y se continúa tto con Noradrenalina, epinefrina, bicarbonato de sodio y enoxaparina.

Posterior a ello, se la traslada de la casa asistencial al Hospital General Teófilo Dávila, donde ingresa a UCI con la misma medicación, bajos cuidados se realiza rayos X cada 12 horas para control, hasta presentar mejoría. Se realiza tomografía para corroborar que no existan abscesos a nivel abdominal, se retira drenes y finalmente se mantiene paciente para que cumpla el esquema de antibiótico por 28 días.

28/12/2018

Paciente femenina de 21 años con más de 48 horas de post operatorio por laparoscopia de apendicitis aguda + peritonitis + falla mecánica. Rx de tórax evidencia infiltrados en los 2 campos pulmonares con tendencia a consolidación, ante lo mencionado no descarto posibilidad de TEP o síndrome de distrés respiratorio. Se recomienda TAC simple y contrastada al quinto día postoperatorio, por el momento no se considera HO quirúrgico, pero sí iniciar NPT.

Acciones de enfermería:

El estado del paciente se evaluó desde la perspectiva en la teoría del autocuidado de Dorothea Orem. Las necesidades que surgieron en el paciente fueron las siguientes: dolor, deterioro de la movilidad física, patrón respiratorio ineficaz, riesgo de infección, ansiedad, riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal y riesgo de estreñimiento, mismos que se relacionan con los siguientes dominios:

Dominio 11: Seguridad/Protección - Clase 1. Infección.

Dominio 12: Confort. - Clase 1 Confort físico.

Dominio 11: Seguridad/Protección -Clase 6. Termorregulación.

Dominio 4: Actividad/ Reposo- Clase. 2 actividad/ Ejercicio.

Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés -Clase 2: Respuestas de afrontamiento.

Dominio 3: Eliminación e intercambio- Clase 1. Función urinaria.

Dominio 4: Actividad/Reposo - Clase 4. Respuestas cardiovasculares/ pulmonares.

Se enfocó en el control del dolor durante la estadía en el hospital con vigilancia de signos vitales y líquidos a través de los drenajes JP y SV. La herida quirúrgica fue tratada asépticamente todos los días para poder evaluar cualquier signo de infección que pudiera surgir como consecuencia de la complicación. Así mismo se realizaron cuidados para el control del dolor, movilidad física y terapias respiratorias.

4.2 Conclusiones

La peritonitis es una de las principales y más frecuentes complicaciones de la enfermedad de Parkinson y, a pesar de una disminución significativa de los indicadores generales, sigue siendo el principal motivo de transmisión de los pacientes a la enfermedad de Huntington. Además de la morbilidad asociada con estas infecciones, la mortalidad es considerable y depende principalmente del patógeno.

La evaluación de enfermería por medio de la teoría de autocuidado proporciona una evaluación integral de las necesidades de atención y del paciente permite implementar un plan de atención que ayuda a comprender mejor las diferencias de salud del paciente y a establecer metas con mayor confianza y claridad para lograr y que intervenciones y medidas son las más recomendadas.

Se logró constatar a través de los cuidados proporcionados que, el personal de enfermería sigue siendo un eslabón principal en el cuidado de atención de los pacientes. Se

proporcionaron los cuidados necesarios para el mejoramiento de la salud del enfermo permitiéndole reintegrarse nuevamente a la sociedad.

4.3 Recomendaciones

Ante síntomas de dolor abdominal agudo y emesis continua se recomienda a los médicos una valoración minuciosa del estado salud del paciente y así evitar diagnósticos errados.

En vista de la frecuencia de los eventos adversos a la peritonitis debido a un diagnóstico tardío, se recomienda un plan educativo fomentando al personal de salud en identificación temprana, planificación y acción eficaz sobre estas patologías.

Orientar al paciente sobre los eventos adversos ocurridos, de manera que, pueda conocer su estado actual.

Instar a los centros de salud a implementar mejores estrategias organizativas de atención al paciente especialmente en el área de emergencias y disminuir los riesgos y complicaciones existentes para el paciente.

Fomentar la rutina de las acciones realizadas según los protocolos de atención de enfermería durante todo el proceso patológico del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Neira F, Rodas J. Caracterización de la peritonitis secundaria según el índice de Mannheim en pacientes atendidos en el Hospital Homero Castanier Crespo. Universidad de Cuenca ; 2017.
2. Reyes J, Gracida N, Enríquez D, Carrillo R. Índice neutrófilos-linfocitos como predictor de gravedad y mortalidad en pacientes con sepsis abdominal. Med Int Méx. 2016; 32(1): p. 41-47.
3. OPS. Sepsis: Información General. Organización Panamericana de la Salud ; 2018.
4. Sánchez A, Mata A. Guías de actuación en emergencias. Clínica Universidad de Navarra; 2018.

5. Azcuy , Miranda. Mortalidad en unidad de cuidados intensivos en hospital provincial pinareño. Universidad Médica Pinareña. 2019; 15(2).
6. Gorordo L, Pérez O, Porras. Por otro lado, la sepsis abdominal es una enfermedad bastante común en las unidades de cuidados intensivos y tiene ciertas características que la distinguen de otros procesos sépticos para los que se han revisado enfoques diagnósticos y terapéuticos en la. Rev Mex de Cirugía del Aparato Digestivo. 2015; 4(3): p. 110-117.
7. Cerda , López. Resultados de la reanimación preoperatoria en sepsis grave y choque séptico en pacientes con infección intraabdominal. Cirujano General. 2014; 36(4): p. 199-204.
8. Ortiz G, Dueñas. Epidemiology of severe infections in Latin American intensive care units. Rev Bras Ter Intensiva. 2016; 28(3).
9. Ramasco F. Diagnóstico y manejo de la infección intraabdominal complicada en adultos y niños: Guías IDSA. Anestesiari. 2010; 50(1): p. 133-164.
10. INEC. La apendicitis aguda, primera causa de morbilidad en el Ecuador. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. 2018.
11. Carrion , Porras. Sepsis abdominal: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. CMC. 2019.
12. Georgescu A, Szeder Jessie J, Voidăzan S. Soluble urokinase-type plasminogen activator receptor (suPAR) – a possible biomarker for bacteremia in sepsis. Revista Română de Medicină de Laborator. 2015; 23(1).
13. Rhodes A, Evans L, Alhassani W. Guía internacional para el manejo de la sepsis y el shock séptico. Care Med. 2017; 45(3): p. 486- 552.

14. Leppäniemi , Kimball E, De Laet I. Management of abdominal sepsis--a paradigm shift? *Anaesthesiol Intensive Ther.* 2015; 47(4): p. 400-8.
15. Sartelli , Abu F. The role of the open abdomen procedure in managing severe abdominal sepsis: WSES position paper. *World Journal of Emergency Surgery.* 2015; 35(1).
16. OMS. Mejora de la prevención, el diagnóstico y la atención clínica de la septicemia. Organización Mundial de la Salud ; 2017.
17. Mayr , Yende S, Angus. Epidemiology of severe sepsis. *Virulence.* 2014; 5(1).
18. Arsanios D, Barragana A, Garzón D. Actualización en sepsis y choque séptico: nuevas definiciones y evaluación clínica. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo.* 2017; 17(3).
19. Huttunen , Aittoniemi. New concepts in the pathogenesis, diagnosis and treatment of bacteremia and sepsis. *Infection.* 2011; 63(6).
20. Carrión. Sepsis abdominal: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. CMC. 2019.
21. Gorordo L, Perez O, Porras. Sepsis abdominal: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. *Rev Mex de cirugía del Aparato Digestivo.* 2015; 4(3): p. 110-117.
22. Pertuz , Perez , Pabón. Aspectos epidemiológicos de la sepsis en unidades de cuidados intensivos Santa Marta, Colombia. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud.* 2016; 13(2).
23. López L. Factores de riesgo de mortalidad en pacientes con sepsis intra-abdominal: Un estudio caso-control en pacientes atendidos en el servicio de cirugía del Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca, durante los años 2014 y 2015. Managua : Universidad Autónoma Nacional de Nicaragua; 2016.

24. Pérez M. Actualización de la sepsis en adulto. Andalucía: Universidad Internacional de Andalucía; 2015.
25. Yarmuch , Mayanz , Romero. Sepsis severa y cirugía. Revista chilena de cirugía. 2015; 67(1).
26. Suárez R, Mirabal , Navarro. Factores pronósticos de mortalidad por peritonitis secundaria en pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. MEDISAN. 2016; 20(10).
27. Sedano C, Lizano , Balbin. Eficacia del Índice de Mannheim en pacientes con peritonitis secundaria de un hospital de Huancayo, Perú. Revista Medica Herediana. 2019; 30(1).
28. Vintimilla A, Molina S, Merchán M. Validación del Índice Pronóstico de Mannheim. Rev Médica HJCA. 2017; 4(1): p. 14-18.
29. Muralidhar V, Madhu C, Sudhir S. Efficacy of Mannheim Peritonitis Index (MPI) Score in Patients with Secondary Peritonitis. J Clin Diagn Res. 2014; 8(12): p. NC01 – NC03.
30. Schwartz S, Brunnicardi F, Andersen D. Principios de. Décima ed. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2015.
31. Vega S, Herrera I, Carreras E. Prevención de caídas en el anciano: escala de Downton. Geriatria y Gerontología. 2017.
32. Generación Elsevier. Escala de Coma de Glasgow: tipos de respuesta motora y su puntuación. Elsevier. 2017.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a la participante esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participante.

La presente investigación es conducida por Yajaira Madelayne Rosario Yaguana y Mayra Antonieta Chase Granda, estudiantes de enfermería. El objetivo de este estudio es: Analizar el proceso de atención de enfermería basado en la teoría de Dorothea Orem aplicado en paciente con sepsis abdominal

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas a través de una entrevista esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo y visitas domiciliarias durante la investigación, lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Yajaira Rosario Yaguana - Mayra Chase Granda. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es: Analizar procesos atención Enfermería basado en la Teoría de Dorothea Orem Aplicado en mi

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Mayra Chase Granda al teléfono 09186720294.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a _____ al teléfono anteriormente mencionado.

Yajaira Rosario Yaguana _____ 05/11/2020
Nombre del Participante Firma del Participante Fecha

CERTIFICADOS MÉDICOS RESPALDAN HISTORIA CLÍNICA NUMERO 466982



HOSPITAL "TEÓFILO DÁVILA" SERVICIO DE CIRUGIA

Machala, 18 de Julio del 2018

Cert. No.199-SC

CERTIFICO:

Que que la Srta. **YAJAIRA MADELAYNE ROSARIO YAGUANA** de 21 años de edad, con cédula de identidad No. 0706617222, ingresó por servicio de emergencia a UCI el 26/06/2018 por presentar diagnóstico de **SEPSIS DE FOCO ABDOMINAL CIE 10 - A40**, y posterior ingreso al servicio de cirugía el 29 de Junio del 2018, donde recibió tratamiento especializado por la Dra. Marcela Vidal.

Paciente fue dada de alta médica el 11 de Julio del 2018.

Es todo cuanto puedo certificar según su **Historia Clínica No. 466982**.

Atentamente,

Hospital General "TEÓFILO DÁVILA"
Dr. German Brito Sosa
CIRUJANO GENERAL LA BUENA VISTA
Libro 4° Of. Folio 22, 468-62

DR. GERMAN BRITO SOSA
RESPONSABLE DE CIRUGIA

KARINA



CLINICA "JESUS DE NAZARETH"

Machala, 25 de junio del 2018

CERTIFICO:

Que la srta, **ROSARIO YAGUANA YAJAIRA MADELAYNE** con cedula de identidad # **0706617222**, fue atendido en esta casa de salud por emergencia el día 25 de junio del 2018, por presentar diagnóstico **APENDICITIS PERFORADA CON PERITONITIS(CIE10 K35)**, realizando apendicetomía laparoscópica, es dada alta a petición el día 26 de junio para ser ingresada en otra casa de salud.

Es todo en cuanto puedo mencionar en honor a la verdad

Atentamente,

Dr. ABDON PACURUCU
CIRUJANO GENERAL

Dr. Abdón Pacurucu Jara
Cirujano General
SENECYT 1007-07-667240
MSP. Libro: 1 Folio: 4 No. 11