



**Taller de elaboración de tesis:
SHOCK SEPTICO**

Alumnos

**Álvarez Álvarez Sonia Vineydi
Guillen Trujillo Miguel de Jesús
Morales López Leidy Jhulet
Morales Pérez Gina Melisa**

Catedrático

Maria del Carmen Cordero

**9no Cuatrimestre, grupo "B", Licenciatura en
Enfermería.**

Comitán de Domínguez, Chiapas; a 20 de junio de 2020.

Agradecimientos

Al finalizar este, un trabajo tan lleno de obstáculos, en el desarrollo de esta investigación con enfoque en enfermería conlleva al desarrollo de una tesis bien concluida que da alegría, se nos hace inevitable dar gracias por el aporte que han hecho, a pesar de circunstancias que hoy embarga al mundo. El objetivo ha sido satisfactoriamente cumplido, que no hubiese sido posible sin la participación de personas e instituciones que han facilitado las cosas para que este trabajo de investigación llegue a un término feliz. Por ello es para nosotros un placer ocupar este espacio para expresarles nuestros más sinceros agradecimientos.

Le agradecemos infinitamente a Dios por habernos acompañado y guiado a lo largo de la carrera, por ser nuestra fortaleza en los momentos difíciles y por darnos el don de inteligencia, sabiduría y piedad para lograr nuestros objetivos.

El agradecimiento más profundo es; para nuestros padres, que sin su apoyo, y colaboración e inversión habría sido imposible finalizar nuestra carrera profesional. Por su lucha y honestidad, por los consejos dados durante nuestra formación como futuros trabajadores de la salud, y no abandonar nuestros sueños. Por los valores que nos han inculcado, y darnos la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de nuestra vida.

A nuestros hermanos por su paciencia, generosidad, por ser un ejemplo a seguir, por llenar nuestra vida de alegrías, cuando más la hemos necesitado.

A nuestros amigos por confiar y creer en nosotros , y haber hecho de la etapa universitaria un trayecto de vivencias que nunca olvidaremos, por habernos tenido la paciencia y motivarnos a seguir adelante, en los momentos de desesperación y sobre todo por el inmenso cariño que hemos compartido.

Así mismo extender nuestros más sinceros agradecimientos a los profesores.

A la MASS. María del Carmen López Silva por su paciencia, dedicación, disponibilidad, y generosidad para compartir su experiencia y cumulo de

conocimientos en las ramas enfocadas a enfermería, por aclarar las dudas durante sus clases, muchas gracias profesora!

A los Psic. María Elena e Iván Godínez, quienes a pesar del corto tiempo impartiéndonos clases han mostrado ser profesionales de amplia generosidad con sus conocimientos y experiencias, la calidad de personas hacen considerarlos como viejos amigos.

Así mismo dar gracias al “hospital de la mujer y del niño”, por darnos la oportunidad de realizar nuestras prácticas profesionales, por su colaboración y valiosos aportes llenos de experiencia, cuya orientación nos permitió dar nuestros primeros pasos profesionales que a la vez se convirtieron en una base sólida de hábitos de trabajo con las cuales afrontar la vida y la muerte!

Agradecemos al hospital general “María Ignacia Gandulfo”; el cual nos permitió poner en práctica conocimientos obtenidos durante la formación academia. Por los enfermeros que nos tendieron las manos y compartieron sus habilidades y conocimientos, en el cuidado de personas adultas con diversas patologías.

Es increíble el poder expresar tantos sentimientos, cuando haces referencia a todo lo vivido en las aulas, en prácticas, con tristezas y alegrías, sentimientos que fueron el día a día en nuestro paso por esta institución, ahora con la vista puesta en un nuevo objetivo a conseguir damos las gracias por aconsejarnos hacia el bien, y que a la vez es el cimiento de futuros y exitosos profesionistas y profesionales de la salud.

Por ellos y para ellos! Muchas gracias!

INDICE

INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN	2
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2. OBJETIVOS	3
1.3. PREGUNTAS	3
1.4. JUSTIFICACIÓN	4
1.5. HIPOTESIS.....	5
1.6. MARCO METODOLÓGICO	5
CAPITULO II. LA EVOLUCIÓN DEL SHOCK SEPTICO	7
2.1 EPIDEMIOLOGIA DEL CHOQUE SÉPTICO A NIVEL MUNDIAL	7
Estados Unidos	7
América latina.....	8
Perú	8
2.2. EPIDEMIOLOGÍA DEL CHOQUE SÉPTICO EN MÉXICO.....	9
2.3. EPIDEMIOLOGÍA DEL CHOQUE SÉPTICO EN CHIAPAS .	10
2.4. HISTORIA DEL SHOCK SÉPTICO	11
2.5. EVOLUCIÓN EN LA DEFINICIÓN DE SHOCK SÉPTICO ...	13
SEPSIS 1.....	14
SEPSIS 2.....	14
SEPSIS 3.....	15
EN LA ACTUALIDAD	15
2.6 SHOCK SÉPTICO EN EL ÁREA DE QUIRÓFANO	16
2.7. SHOCK SÉPTICO EN EL ÁREA DE RECUPERACIÓN QUIRÚRGICA.....	18
2.8. SHOCK SÉPTICO EN EL ÁREA DE TERAPIA INTENSIVA	19
2.9. SHOCK SÉPTICO EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA	20

2.10. EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL ESTUDIO DE LA ENFERMEDAD.	22
CAPITULO III MARCO TEORICO	24
3.1. QUE ES UNA INFECCIÓN	24
3.1.1. EL PROCESO DE UNA INFECCIÓN	24
3.2. SHOCK SÉPTICO	25
3.2.1. DEFINICIÓN	25
3.2.2. TIPOS DE SHOCK.....	25
3.3. EPIDEMIOLOGIA.....	26
3.3.1 FISIOPATOLOGÍA.....	26
3.4. CAUSAS DEL SHOCK SÉPTICO	27
3.5. COMPLICACIONES.....	28
3.5.1 FALLAS CARDIOVASCULARES	28
3.5.2. INSUFICIENCIA RENAL	29
3.5.3. ANORMALIDADES EN LA COAGULACIÓN	30
3.5.4. SÍNDROME DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA ...	30
3.5.5 DISFUNCIÓN METABÓLICA.....	31
3.5.6. GASTROINTESTINAL/HEPÁTICO	31
3.6. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	32
3.6.1 FIEBRE	32
3.6.2 HIPOTENSIÓN.....	33
3.6.3. PALIDEZ Y FRIALDAD CUTÁNEA	33
3.6.4. NIVEL DE CONCIENCIA	33
3.7. DIAGNOSTICO	33
3.7.1. HISTORIA CLÍNICA	34
3.7.2. EXAMEN FÍSICO	34
3.7.3. PRUEBAS DE LABORATORIO	34
3.7.4. PRUEBAS MICROBIOLÓGICAS.....	35
3.7.5. PRUEBAS DE IMAGEN	35

3.8 PRONÓSTICO.....	35
3.9 PREVENCIÓN	36
3.9.1 FACTORES DE RIESGO	37
3.9.2. PREVENCIÓN DE SEPSIS POR SONDA VESICAL ..	37
3.9.3. PREVENCIÓN DE SEPSIS POR SONDAS TORÁCICAS	37
3.9.4. PREVENCIÓN DE SEPSIS POR SONDAS INTERVENTRICULARES (PIC)	38
3.9.5. VIGILANCIA.....	38
3.9.6. MANEJO DEL PACIENTE	39
3.10. TRATAMIENTO.....	39
3.10.1 CONTROL DE LA INFECCIÓN.....	40
3.10.2. MONITOREO HEMODINÁMICO	40
3.10.3. MONITOREO DE LA PERFUSIÓN	41
3.10.4 ADMINISTRACIÓN DE FLUIDOS.....	42
CAPITULO IV. INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN SHOCK SÉPTICO.....	43
4.1 IMPORTANCIA DE CONOCIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN SHOCK SEPTICO	43
4.2 CAUSAS.....	43
4.2.1 FACTORES DE RIESGOS	44
4.2.2 TRATAMIENTO E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.....	44
4.3. TRATAMIENTO DE EMERGENCIA.....	44
4.3.1 LA SEPSIS ES GRAVE	45
4.4. ANTIBIÓTICOS	45
4.4.1 LÍQUIDOS INTRAVENOSOS	46
4.4.2 OXÍGENO	46
4.4.3 TRATAMIENTO DE LA FUENTE DE INFECCIÓN.....	46
4.4.4 AUMENTO DE LA PRESIÓN ARTERIAL	47

4.4.5 CORTICOSTEROIDES	47
4.5. CUIDADOS DE ENFERMERÍA	47
4.6. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS E INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA NEUROLÓGICO.....	49
4.7. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS E INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA CARDIOVASCULAR	50
4.8 DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS E INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA RESPIRATORIO	51
4.9. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS E INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA DIGESTIVO	53
4.10. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS E INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA RENAL	54
4.11. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS E INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA METABÓLICO.....	55
CAPITULO V. SUGERENCIAS Y PROPUESTAS	58
5.1 SUGERENCIAS	58
5.2. PROPUESTAS	59
5.3. CONCLUSIÓN.....	60
BIBLIOGRAFÍA.....	61

INTRODUCCION

El shock séptico es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial y representa una compleja y progresiva infección en vías inflamatoria secundaria a una enfermedad infecciosa, la cual origina disfunción cardiovascular aguda, no necesariamente hipotensión arterial, condicionando disociación tisular y eventualmente falla celular y orgánica. o. Actualmente contamos con guías de manejo terapéutico para estandarizar el tratamiento de los pacientes y poder tener metas claras a alcanzar; sin embargo, existen múltiples puntos de controversia acerca de cuál es el tratamiento óptimo o cuáles son las variables clínicas o paraclínicas más importantes para corregir.

Por los anteriores motivos, se puede considerar que la sepsis es una enfermedad «emergente»: se trata de una enfermedad antigua, pero sus criterios de definición actuales se han establecido en los últimos años (a partir de la conferencia de consenso de 1991), y presenta una elevada incidencia y mortalidad, que van ambas en aumento, por lo que supone una amenaza para la salud actual y futura de la población, que requiere la adopción de políticas sanitarias específicas.

En esta investigación pretendemos dar a conocer los cuidados previos de enfermería evitando así la propagación de dicha patología, y brindar cuidados de calidad y calidez a los hospitalizados en cualquier servicio del hospital, María Ignacio Gandulfo, puesto que la recopilación de datos estadísticos y descriptivos será en el hospital ya antes mencionado, durante un periodo establecido de los meses (), en el área de terapia intensiva y medicina interna. Así, el presente trabajo permitirá mostrar, el por qué la importancia de los cuidados de calidad en enfermería, para evitar infecciones, que conllevan al shock. Es por ello, Nos interesó el tema, para poderlo enfocar a la mejora de la enfermedad causada por los malos manejos del personal de salud, dando a conocer los cuidados o manejo del pacientes con riesgos de infección y mejorar la calidad del usuario durante su estancia hospitalaria. Tanto al personal como familiares sobre

la atención del paciente encaminando hacia la mejora de la calidad en el estadio del paciente.

CAPITULO I. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El *shock* séptico es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial y representa una compleja y progresiva infección en vías inflamatoria secundaria a una enfermedad infecciosa, la cual origina disfunción cardiovascular aguda, no necesariamente hipotensión arterial, condicionando disociación tisular y eventualmente falla celular y orgánica. Los paquetes de medidas de resucitación propuestos enfatizan el reconocimiento clínico y un tratamiento precoz. Estas intervenciones se basan en la pronta y agresiva resucitación con fluidos intravenosos para una adecuada perfusión tisular, administración de antibióticos, remoción del foco infeccioso y el uso de drogas vasoactivas en caso de ser necesario.

Las enfermedades infectocontagiosas continúan siendo un problema de salud en México, constituyendo la segunda causa de hospitalización, el bajo ingreso familiar, el analfabetismo, la desnutrición, y las pocas medidas de control de estas enfermedades son algunos factores que se suman a la persistencia de este problema de salud.

En el mundo de medianos y bajos ingresos, la sepsis representa 60 a 80% de pérdida de vidas en la infancia, con más de 6 millones de recién nacidos y niños afectados por esta entidad anualmente. Es responsable de más de 100 000 casos de muertes maternas cada año y, en algunos países, es ahora la mayor amenaza durante el embarazo. En el mundo de altos ingresos, la sepsis está incrementando a una tasa anual alarmante de 8 a 13%. Las razones son diversas e incluyen el envejecimiento de la población, el aumento de uso de intervenciones de alto riesgo en todos los grupos de edad, el desarrollo de la resistencia a los medicamentos y las variedades más virulentas de patógenos.

Durante la estancia en el Hospital General María Ignacia Gandulfo en la ciudad de Comitán de Domínguez en las prácticas profesionales observamos que la mayoría de pacientes ingresados son hospitalizados por malas prácticas ocasionando shock séptico. Es por ello que llevaremos a cabo una investigación en dicho hospital durante el periodo de los meses julio –septiembre, en el área de terapia intensiva, por lo cual nos lleva a la pregunta

¿Cuáles serían las medidas más importantes o a implementar para el manejo de estos pacientes?

1.2. OBJETIVOS

General

- Dar a conocer los cuidados previos de enfermería para evitar la ocurrencia de un shock séptico.

Específico

- Determinar la incidencia de la enfermedad en el hospital general María Ignacia Gandulfo.
- Conocer las principales causas para desarrollar un shock séptico
- Identificar las Malas técnicas de cuidados brindados al usuario que llegan a desarrollar un shock séptico
- Identificar los cuidados para mejorar la calidad de salud en el paciente con sepsis.

1.3. PREGUNTAS

¿Cuáles son los principales procedimientos que pueden causar un shock séptico?

¿Qué medidas de prevención son convenientes para evitar un shock séptico?

¿Qué escalas de medición utilizamos para evaluar a un paciente con shock séptico?

¿Cuáles son las secuelas que provoca el shock séptico?

1.4. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se enfocara en la recopilación de datos estadísticos, descriptivos del shock séptico, dicha investigación se llevara a cabo en el hospital general de Comitán de Domínguez, María Ignacio Gandulfo, ya que cuenta con el área de terapia intensiva y creemos que es ahí donde prevalece este tipo de enfermedades.

Así, el presente trabajo permitirá mostrar, el por qué la importancia de los cuidados de calidad en enfermería, para evitar infecciones, que conllevan al shock. Es por ello, Nos interesó el tema, para poderlo enfocar a la mejora de la enfermedad causada por los malos manejos del personal de salud, dando a conocer los cuidados o manejo del pacientes con riesgos de infección y mejorar la calidad del usuario durante su estancia hospitalaria, tanto al personal como familiares sobre la atención del paciente encaminando hacia la mejora de la calidad en el estadio del paciente.

...una de cada cuatro defunciones en un hospital es causada por la sepsis, los pacientes que más frecuentemente desarrollan sepsis son o muy jóvenes o muy viejos: esta patología en muchos hospitales es la primera causa de muerte en una UCI, un grupo afectado en forma frecuente es el paciente inmunocomprometido con cáncer, quien recibe quimioterapia que exacerba aún más su inmunocompromiso; también se constituye en este especial grupo de pacientes como la primera causa de muerte; la mayoría de la gente común Sepsis: de las bases moleculares a la Campaña para incrementar la supervivencia 7 tiene un escaso conocimiento sobre esta condición, la sepsis sigue siendo un misterio para la población general. El mayor reto al que nos

enfrentamos en estos tiempos es concientizar y hacer comprender al público en general y los profesionales de la salud qué es la sepsis. (ESPER, 2013/ 2014)

El escaso reconocimiento de la sepsis como entidad clínica entre los profesionales de la salud se ve agravada por la falta de sistemas fiables para ayudar a su pronta identificación y por ello la velocidad de entrega de la atención médica no siempre resulta ideal. (ESPER, 2013/ 2014)

Como estudiantes de la licenciatura en enfermería, pretendemos dirigir la tesis a los cuidados de enfermería para lograr una pronta recuperación.

1.5. HIPOTESIS

Creemos que el problema que lleva al shock séptico se deriva por problemas del personal de salud involucrado en el cuidado del paciente (médicos y enfermeras), por malos cuidados, falta de información para saber que procedimientos seguir o de qué manera prevenirlo.

1.6. MARCO METODOLÓGICO

Enfoque metodológico

Los métodos de investigación se dividen en dos por ello nuestro enfoque será mixto cualitativo/cuantitativo. Ya que el método cualitativo se caracteriza por la descripción verbal o la explicación de del fenómeno estudiado, por lo tanto daremos a conocer las principales causas de esta patología. y por su naturaleza será de tipo cuantitativa ya que pretendemos realizar entrevistas y encuestas, que darán resultados numéricos, determinando la incidencia de la enfermedad, .

Diseño de investigación

Nos enfocaremos en el método no experimental pues este tipo de investigaciones no manipula deliberadamente las variables que busca interpretar, sino que se contenta con observar los fenómenos de su interés en su ambiente

natural, para luego describirlos y analizarlos sin necesidad de emularlos en un entorno controlado, Su propósito esencial es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado

Alcance de la investigación

Será de tipo descriptiva/explicativa ya que se desea conocer a ciencia cierta cuales son los principales causas de dicha patología seleccionada, es decir conocer el impacto y la dimensión que esta enfermedad en los pacientes del hospital maría Ignacia Gandulfo en el área de terapia intensiva.

Técnicas e instrumentos de investigación

Llevaremos a cabo una serie de entrevistas individuales a enfermeros, médicos, pacientes en el área de terapia intensiva para comparar las respuestas, tomaremos también la recolección de información ya que a través de ellos es posible obtener información valiosa para lograr el encuadre que incluye, básicamente, graficar las incidencias y describir los acontecimientos rutinarios así como los problemas y reacciones más usuales de los pacientes.

CAPITULO II. LA EVOLUCIÓN DEL SHOCK SEPTICO

2.1 EPIDEMIOLOGIA DEL CHOQUE SÉPTICO A NIVEL MUNDIAL

La epidemiología, es parte del área de la salud pública, la cual se encargará de estudiar las enfermedades en la población, estudia la distribución, frecuencia, la gravedad de los problemas de salud y qué lo causan sin olvidar vigilar siempre el surgimiento de enfermedades.

En el mundo, se calcula que la prevalencia de sepsis grave es de más de 19 millones de casos por año; sin embargo, es muy probable que esta cifra se encuentre por debajo de la cantidad real.

Podemos notar que los registros de incidencia de la enfermedad van en aumento, la tasa de mortalidad nos indican que cada vez son más lo que mueren a causa de esta enfermedad y que las cifras van en aumento, notamos como es que antes el shock séptico era considerado una sepsis con nivel de grave pero ahora es más común el uso del término choque, ya que este significa mayor gravedad y descompensación en el paciente.

Estados Unidos

En estados unidos en el año 2001 se reportó que 750,000 personas egresaron de hospitales estadounidenses con diagnóstico de sepsis con una incidencia registrada de 300 casos por cada 100,000 habitantes y una mortalidad de 18.6%.

Para mayo del 2017, se tiene registro de que 2% de los pacientes hospitalizados anualmente (más de 750,000 pacientes-año) sufren sepsis grave, y se tiene previsto que esta cifra aumente alrededor de 1.5% anual. 3 de los individuos con sepsis grave hospitalizados por año, 70% necesitan ser tratados en la unidad de terapia intensiva, que constituye 10% de todos los ingresos a esa área.

La mortalidad estimada en los pacientes con sepsis es de 30%. Ésta se incrementa en adultos mayores hasta 40% y en pacientes con choque séptico alcanza 50%.

América latina

En Colombia se realizó un estudio, en el cual, durante el período de estudio, 826 pacientes fueron ingresados en las unidades de cuidados intensivos seleccionadas para el estudio. De estos pacientes, 421 (51 %) desarrollaron sepsis en la comunidad, 361 (44 %) en la unidad de cuidados intensivos y 44 (5 %) durante la hospitalización en la sala general; 253 pacientes (30,6 %) presentaron afectación de un órgano del sistema: 20 % tuvo problemas respiratorios, seguido por problemas en los riñones y el sistema nervioso central con 3,4 % y 2,7 %, respectivamente.

Este estudio es un poco más centrado a casos dentro del área hospitalaria, las cifras reportadas fue similar a la reportada en otros estudios en cuanto a la prevalencia de la sepsis, así como de la mortalidad global.

Perú

La incidencia de la sepsis se ha incrementado de forma dramática en las últimas décadas. Esto se le atribuye a la combinación de múltiples factores, como la edad avanzada de los pacientes, el aumento en número y complejidad de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el mayor uso de drogas inmunosupresoras y el creciente número de infecciones por bacterias multirresistentes, especialmente relacionado al ambiente hospitalario.

La tasa de mortalidad fue del 76.6% en los años 2015 al 2017. Se obtuvo un mayor porcentaje de pacientes de sexo femenino 53.3%. El servicio de origen más frecuente fue cirugía 41.7%. El tiempo en UCI promedio fue de 17.75 días. Los pacientes que no requieren de intervención quirúrgica en el grupo de estudio fue de 53.3%, requirieron ventilación mecánica el 95% de los pacientes. El foco

séptico más frecuente fue el abdominal 48.3%. El servicio de origen con mayor frecuencia fue de cirugía.

2.2. EPIDEMIOLOGÍA DEL CHOQUE SÉPTICO EN MÉXICO

En México se reportaron los resultados de una encuesta realizada en 18 unidades de terapia intensiva y la sepsis fue una de las tres primeras causas de ingreso en 85 % de estas unidades. La principal causa de sepsis en la mayoría de los casos fue neumonía (44 %), seguida por pancreatitis aguda grave (11 %). El choque séptico fue la primera causa de defunción en ocho de las 18 unidades de medicina crítica.

En la unidad de Cuidados Intensivos del Hospital 1º de Octubre en la Ciudad de México, la sepsis y el choque séptico ocuparon el primer lugar en diagnóstico de ingreso, egreso y defunción durante el año 2005, con una mortalidad asociada de 27 %. La abdominal fue la primera causa de sepsis, seguida por la neumonía aguda grave de origen comunitario (datos no publicados).

Los datos más recientes realizados en México fueron en el año 2018.

En México los antecedentes más sólidos se tienen a partir del estudio del Dr. Carrillo, el cual informa sobre el comportamiento de la sepsis obtenido a partir del análisis en 135 UCI públicas y privadas de 24 estados de la República Mexicana; de los 49 957 internamientos anuales se presentaron 11 183 casos de sepsis (27.3 %), la mortalidad por esta causa fue de 30.4%. Casi 87% (2 953 pacientes) correspondió a unidades públicas, y 13% (449 pacientes) a unidades privadas.

Las causas más frecuentes fueron: abdominal 47%, pulmonar 33%, tejidos blandos 8%, vías urinarias 7% y misceláneas 5%. De las bacterias aisladas 52% fueron gramnegativas, 38% grampositivas, y 10% hongos.

Las conclusiones de este estudio son que la sepsis tiene una elevada incidencia y mortalidad y supone costos importantes al sistema de salud, así como que el desconocimiento de la campaña para aumentar la sobrevida en sepsis en los

profesionales de la salud es un hecho lamentable. Por ello es importante familiarizarse con las técnicas y utilizar pruebas dinámicas mínimamente invasivas, Utilizando las escalas propuestas que predicen mortalidad, para lograr hacer extensos nuestros datos y tener una visión clara a nivel nacional.

2.3. EPIDEMIOLOGÍA DEL CHOQUE SÉPTICO EN CHIAPAS

La población de estudio fueron los pacientes adultos ingresados al servicio de Medicina Interna (MI) desde el mes de enero de 2008 al mes de febrero de 2010

Durante el periodo de estudio se atendieron en el hospital un total de 128,100 pacientes, de los cuales 21 fueron diagnosticados con alguna de las etapas evolutivas de la sepsis, con una tasa de morbilidad de 16.39 por 100,000 pacientes atendidos. La morbilidad por año fue de la siguiente manera: para el 2008, 13,3; para el 2009, 18,3; y para el 2010 de 23,5 por 100,000 pacientes atendidos; 1,3 veces más que en el año anterior.

Al aplicar los criterios internacionales para el diagnóstico del proceso séptico, dos pacientes de 18 pacientes (11,1 %) fallecieron por Sepsis Grave; dos de 11 (18,1%) por Choque Séptico; y cuatro de seis pacientes (66,6 %) murieron por falla orgánica múltiple.

“Nuestro hospital es un hospital de segundo nivel de 46 camas censables que atiende a población abierta sin derechohabencia, en el cual no contamos con unidad de terapia intensiva, aunque tenemos médicos especializados en la atención de este tipo de pacientes, no poseemos la infraestructura para la atención de pacientes críticamente enfermos, de manera que debemos referirlos a otros hospitales. Sin embargo, la demanda excesiva por atención médica de pacientes gravemente enfermos rebasa la oferta de nuestros servicios de salud y en muchas ocasiones existe un grave retraso en la aceptación de pacientes en los hospitales de referencia, incluso se puede llegar a la no aceptación.” Hospital General de San Cristóbal de Las Casas.

Dicho estudio tuvo discrepancias en la aplicación de los criterios internacionales para el diagnóstico de la sepsis, esto retrasa la intervención terapéutica, lo que hace progresar el proceso séptico contribuyendo a una elevada letalidad. Es necesario aplicar los criterios consensuados en la valoración del proceso séptico, ya que tales criterios contribuyen a un diagnóstico más oportuno y si además, esta conducta se combina con la aplicación de paquetes terapéuticos guiados por objetivos, es muy probable que disminuya la mortalidad por sepsis.

Este fue el único artículo sobre sepsis en Chiapas, lo cual nos genera muchas incógnitas, ya que según el estudio los datos sobre los casos y su mortalidad no es tan grande a la dimensión nacional; podemos darnos cuenta que en este hospital no cuentan con un área de terapia intensiva y que es muy difícil encontrar hospitales en Chiapas que tengan este área.

Desde siempre podemos darnos cuenta de la gran diferencia que tiene México con los sistemas de salud de otros países, y ahora centrándonos en Chiapas podemos ver la falta de hospitales, y dinero para hacer frente a las enfermedades y claro la falta de capacitación al personal pues esto también causaría mayor ingreso económico a los hospitales y quizá los números de casos podrían reportarse con mayor veracidad.

2.4. HISTORIA DEL SHOCK SÉPTICO

La sepsis (del griego seepsis: podredumbre), acompaña al hombre desde sus orígenes y como ejemplo bastan la peste, la fiebre tifoidea, la gangrena, la peritonitis y las infecciones púerperales. Se trata de un enfrentamiento de orígenes remotos entre bacterias y organismos superiores en el que hasta la fecha, antes o después, siempre triunfan las bacterias.

Hipócrates designó que el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica correspondía a un proceso de putrefacción para luego refutar esta teoría con el surgimiento de la teoría de gérmenes. Es importante reconocer que la sepsis está dentro del espectro de manifestaciones de este síndrome.

Angus y Van der Pohl reportaron que los microorganismos *S. pneumoniae* y *S. aureus* continúan siendo los patógenos Gram positivos con mayor frecuencia de reportados, mientras que *Klebsiella sp.*, *E. coli* y *Pseudomonas aeruginosa* predominan entre los Gram negativos.

Por su parte Vincent y De Backer destacan el dogma del reconocimiento del paciente en choque circulatorio como paso inicial en la categorización del tipo de choque, añadiendo un conjunto de datos clínicos y laboratoriales que conforman el diagnóstico.

Bellomo y cols. evidencian un descenso en la mortalidad de los pacientes con choque séptico en unidades de cuidados intensivos australianas y neozelandesas a través de un estudio.

En 1969 se comienza a hablar de fallo o fracaso múltiple de órganos (FMO). Diez años después Eiseman lo define como disfunción múltiple de órganos (DMO), el cual a diferencia del FMO no denotaba irreversibilidad.

Posteriormente le siguen etapas de desarrollo cada vez mayores hasta llegar en 1980 al descubrimiento de potentes antimicrobianos, nuevas drogas inotropas y vasoactivas y se descubre que el shock séptico dependía más de la modalidad reaccional del huésped que de la infección o noxa agresora en sí misma.

En 1992 el Consenso del Colegio Norteamericano de Patología Torácica y de la Sociedad de Medicina Crítica de los Estados Unidos, establecen una serie de definiciones y términos, que hasta la actualidad continúan vigentes. Nos proponemos hacer una revisión de todas estas definiciones, así como del enfoque terapéutico del shock séptico.

Con el avance de la medicina basada en evidencia se decide ilustrar al lector en una selección de artículos que posiblemente cambien nuestra práctica clínica con respecto al choque séptico. Estos artículos fueron publicados entre 2013 y 2014. Las guías de manejo actuales destacan ciertos cambios ante este padecimiento.

“Se concluye que los aspectos más importantes en el manejo del choque séptico para disminuir la mortalidad son el reconocimiento temprano del choque, la administración dentro de la primera hora de los antibióticos y la fluidoterapia adecuada de resucitación.” (Rodríguez Rivera, Quiñonez, & Martínez Schweinfurth, 2016)

Según publicación hecha en el 2010 por BBC “Los experimentos de científicos en Glasgow, Escocia, demostraron que bloqueando una molécula, que se sabe queda activada durante un choque séptico, redujo el riesgo de muerte en ratones. Tal como explican los investigadores en la revista *Science*, el hallazgo podría conducir a una amplia variedad de fármacos para el trastorno que mata a casi 50% de las personas afectadas.”

“Aunque sigue siendo de importancia identificar la sepsis en sus primeras etapas y tratarla agresivamente” dice el doctor Heyworth.

2.5. EVOLUCIÓN EN LA DEFINICIÓN DE SHOCK SÉPTICO

Hace más de 20 años se publicó la primera definición de sepsis basado en el concepto de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS), definición que utilizamos hasta la actualidad. Recientemente, el Grupo de Trabajo de las Definiciones de Sepsis (Sepsis Definitions Task Force) ha publicado un consenso con las definiciones actualizadas de sepsis y shock séptico, que utiliza un nuevo concepto de sepsis como disfunción orgánica potencialmente mortal causada por una respuesta desregulada del huésped a la infección

El término sepsis fue introducido por Hipócrates en el siglo IV a.C. como un proceso por el cual la carne se descompone y las heridas se infectan. Sin embargo, ante la inexistencia de una definición o criterios diagnósticos uniformes, en 1992 se publicó la primera.

SEPSIS 1

En el año 1992 se publicó el primer consenso del American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine que estableció el concepto de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS, por sus siglas en inglés) como la respuesta a una variedad de insultos clínicos severos y que se manifiesta como la presencia de dos o más de los siguientes hallazgos:

Temperatura $>38^{\circ}\text{C}$ o $<36^{\circ}\text{C}$; frecuencia cardíaca >90 latidos por minuto; frecuencia respiratoria >20 respiraciones por minuto o $\text{PaCO}_2 <32$ mmHg; y recuento de leucocitos $> 12\ 000$ cel/ μl , <4000 cel/ μl , o $>10\%$ de formas inmaduras, y desde ese momento, el concepto de SIRS fue adoptado por clínicos e investigadores.

Este mismo consenso define "sepsis" como la respuesta inflamatoria sistémica asociada a una infección. Del mismo modo, este consenso establece que la sepsis conlleva otras patologías por una continuidad de severidad clínica y fisiopatológica: hipotensión inducida por sepsis, sepsis severa, shock séptico y síndrome de disfunción de múltiples órganos.

SEPSIS 2

En el año 2001, el grupo de expertos del Society of Critical Care Medicine (SCCM), la European Society of Intensive Care Medicine (ESICM), la American College of Chest Physicians (ACCP), la American Thoracic Society (ATS), y la Surgical Infection Society (SIS) recomendó que las definiciones de sepsis, sepsis severa y shock séptico del año 1992 deberían mantenerse, este consenso expandió la lista de criterios diagnósticos, aumentando parámetros generales, parámetros hemodinámicos, parámetros inflamatorios y parámetros de perfusión tisular, pero no sugirió cambios en las definiciones por ausencia de evidencia.

SEPSIS 3

Recientemente, el Grupo de Trabajo de las Definiciones de Sepsis (Sepsis Definitions Task Force) ha publicado el consenso SEPSIS 3 con las definiciones actualizadas de sepsis y shock séptico y dos reportes con evidencia para validar estas nuevas definiciones.

El consenso define "sepsis" como "una disfunción orgánica potencialmente mortal causada por una respuesta desregulada del huésped a la infección"

El shock séptico, es como, una subcategoría de la sepsis en la que las alteraciones circulatorias y del metabolismo celular son lo suficientemente profundas como para aumentar considerablemente la mortalidad, proponiendo que los criterios para definir la ocurrencia de shock séptico: hipotensión, requerimiento sostenido de vasopresores para mantener una presión arterial media (PAM) ≥ 65 mmHg y un nivel de lactato sérico mayor de 2 mmol/L.

EN LA ACTUALIDAD

En 2016 se publicó una nueva definición de **sepsis** y **shock** séptico. Debido al hecho de que los datos epidemiológicos, de pronóstico, y de tratamiento hacen referencia (sobre todo) a los cuadros diagnosticados sobre la base de las definiciones utilizadas hasta la fecha, y también al hecho de que lo que anteriormente se denominaba "sepsis grave" en la nueva nomenclatura se denomina "sepsis".

Por lo tanto la **sepsis** es una reacción del organismo a la infección, con participación de componentes del microorganismo y sus endotoxinas, así como mediadores de la respuesta inflamatoria generados por el huésped (citoquinas,

quimiocinas, icosanoides y los demás responsables del SRIS) y otras sustancias que producen daño celular (p. ej. radicales libres de oxígeno).

Mientras que el **shock séptico** (hipotensión e hipoperfusión tisular) es consecuencia de los mediadores de la respuesta inflamatoria: llenado insuficiente del lecho vascular por hipovolemia relativa (vasodilatación y disminución de la resistencia vascular sistémica) o absoluta (aumento de la permeabilidad capilar), así como, con menor frecuencia, disminución de la contractilidad miocárdica (en el *shock* séptico el gasto cardíaco habitualmente se encuentra aumentado siempre que el llenado del lecho vascular sea adecuado). La hipotensión e hipoperfusión provocan una disminución del aporte de oxígeno a los tejidos y la consiguiente hipoxia tisular. La disminución final del suministro y consumo de oxígeno potencia el metabolismo anaeróbico en las células y lleva a la aparición de la acidosis láctica. Otros elementos del *shock* séptico: síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), insuficiencia renal aguda, alteración de la conciencia debida a la isquemia del SNC y actuación de los mediadores de la respuesta inflamatoria, trastornos en el funcionamiento del tracto digestivo como íleo paralítico por la isquemia y daño en la membrana mucosa que provoca la translocación de las bacterias desde el tubo digestivo a la sangre, y también hemorragias.

2.6 SHOCK SÉPTICO EN EL ÁREA DE QUIRÓFANO

La sepsis severa de causa quirúrgica sigue siendo un cuadro clínico difícil de manejar. Las decisiones sobre reanimación del paciente, momento de la cirugía, técnica quirúrgica a utilizar y uso de antibióticos son un desafío. Por ello el cirujano y equipo médico deben aprender a conocer las alternativas diagnósticas y terapéuticas actualmente recomendadas para reducir la alta mortalidad de la sepsis severa de causa quirúrgica.

La sepsis quirúrgica es definida como un cuadro de SIRS más una infección que requiere de una intervención quirúrgica para el control de la fuente.

La relación entre la cirugía y las infecciones no se limita solo a las infecciones de las heridas operatorias, sino que como terapéutica agresiva penetrando a través de los tejidos, propiciando la contaminación y creando condiciones adecuadas para la proliferación de los gérmenes patógenos contaminantes, es responsable de numerosas infecciones que se localizan en el interior de las cavidades orgánicas donde el cirujano penetra y que pueden ser consideradas como infecciones quirúrgicas. Por otra parte están las infecciones graves que precisan tratamiento quirúrgico o infecciones no relacionadas directamente con el procedimiento quirúrgico aunque si con la instrumentación o manipulación a que el paciente quirúrgico se ve sometido como pueden ser las neumonías nosocomiales, infecciones urinarias o sepsis por catéter.

“Los pacientes quirúrgicos son responsables de un tercio de los casos de sepsis de ese país. No se tiene reportes locales sobre la incidencia de “sepsis quirúrgica”; sin embargo, un estudio multicéntrico chileno encontró una prevalencia de sepsis severa en pacientes críticos de 40%, con una mortalidad asociada de 27%” (Martines S, Yarmuch G, Romero P, & Bárbara, 2019)

Es importante mencionar a Lister por su reconocimiento al descubridor que el desarrollo de la cirugía viene junto con el desarrollo de la antisepsia y la anestesia, volviéndolo un principio y ampliado por Bergman.

Existen nuevas pautas de reconocimiento y manejo de la sepsis que aumentan su especificidad, sin embargo, los criterios clásicos de SIRS no deben quedar desechados sino más bien ser utilizados como criterio clínico esencial ante la sospecha de sepsis.

La sepsis quirúrgica es una urgencia que requiere medidas iniciales durante la primera hora de la sospecha tales como medición de lactato, toma de

hemocultivos, indicar antibióticos intravenosos que cubran patógenos según el foco de sospecha, entre otras medidas que permitirán al cirujano planificar una posible cirugía de urgencia cuando corresponda. Proporcionándole al paciente quirúrgico séptico una atención intensiva individualizada para el seguimiento y control de los desórdenes orgánicos que en él se efectúan.

2.7. SHOCK SÉPTICO EN EL ÁREA DE RECUPERACIÓN QUIRÚRGICA

A pesar de los avances que en el siglo XIX supuso el reconocimiento de los conceptos de asepsia y antisepsia, las complicaciones infecciosas postoperatorias siguen siendo un problema clínico significativo, siendo el índice de infecciones postoperatorias de un 5- 12%.

Es de importancia recordar la importancia del área en la atención del enfermo. La atención al paciente en la etapa posquirúrgica se lleva a efecto, una vez que ha sido concluida su intervención quirúrgica, para ser trasladado de la sala de operaciones a la sala de recuperación post-anestésica, el inicio de esta etapa se considera al ser ingresado a la sala de recuperación post-anestésica (PAR) o unidad de cuidados postanestésicos (PACU). Su ubicación es dentro de las instalaciones del quirófano, o bien con acceso directo a la misma. En la etapa posquirúrgica la atención de la enfermera (o) se centra, en torno a la valoración integral del paciente y su vigilancia continua, con el propósito de proporcionar una asistencia de alta calidad profesional, iniciando por la identificación de complicaciones potenciales y su tratamiento oportuno, incluyendo la atención a sus familiares, sin olvidar otorgar la atención al paciente con capacidad, seguridad y calidez. Es indispensable que el personal del área de recuperación tenga contacto (comunicación) con el paciente y sus familiares antes de que el paciente ingrese a la sala de operaciones.

Algunos autores amplían el concepto a la sepsis postoperatoria, definiéndola como SIRS más una infección dentro de los 14 días de un procedimiento quirúrgico mayor.

2.8. SHOCK SÉPTICO EN EL ÁREA DE TERAPIA INTENSIVA

Para brindar cuidado de enfermería al paciente con shock séptico que cursa con un estado crítico de salud y se encuentra hospitalizado en la unidad de terapia intensiva (UCI), la enfermera requiere conocimientos suficientes sobre las entidades patológicas que con mayor frecuencia se les asocian. A su vez, debe estudiar con especial cuidado los condicionantes que generan fenómenos y situaciones a las que la persona se enfrenta luego de superada la enfermedad y las consecuencias que contribuyen al deterioro de la calidad de vida.

la sepsis constituye en la actualidad la primera causa de mortalidad en las unidades de cuidados intensivos (UCI), produciendo más del 60% de las muertes en estos servicios². Fuera del ámbito de la UCI la sepsis grave también ha aumentado su prevalencia, que ha pasado de 4,2 a 7,7 casos por 100.000 habitantes/año de 1980 a 1992, lo que representa un incremento de la tasa de mortalidad del 83% en 12 años.

En cambio, la mortalidad de la sepsis grave y el shock séptico, que oscila en el 35-80%, ha variado muy poco desde los años setenta, a pesar de los notables progresos realizados en fisiopatología, tratamientos antibióticos, cirugía sobre el foco de sepsis y medidas de soporte vital.

Nos hallamos, pues, ante una problemática de incidencia y gravedad crecientes, en la que los progresos en el conocimiento no se han traducido de forma similar en progresos terapéuticos.

Lamentablemente podemos darnos cuenta sobre la falta de estudios sobre la prevalencia de la sepsis, ya que no se dispone de datos exactos sobre su

epidemiología en América y en Europa; mientras que los estudios en Estados Unidos y Europa occidental las tasas de incidencia aumentan, siendo cada vez más los casos y con tasas de mortalidad mayores. Sin pasar desapercibido que los costos de estos tratamientos es francamente elevado, por lo que explica los pocos estudios de prevalencias en ambas zonas. Los costos sobre la enfermedad son de importancia ya que no podemos suponer los mismos casos que en países con tecnología, recursos y economía, volviéndolo un reto más para nuestro país, México.

Los esfuerzos para mejorar el rendimiento en la sepsis se asocian con mejores resultados. Estos programas deberían estar representados por múltiples profesionales y la intervención en su desarrollo de las partes interesadas de todas las disciplinas (médicos, enfermeras, afiliados prestadores, farmacéuticos, terapeutas respiratorios, dietistas, administradores). Los programas deben incluir el desarrollo e implementación de protocolos, métricas específicas a evaluar, recopilación de datos y retroalimentación continua, con el fin de facilitar el mejoramiento continuo del rendimiento. El apoyo interdisciplinar es fundamental en el área de UCI y con mayor razón en este tipo de pacientes.

2.9. SHOCK SÉPTICO EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA

La actualización continua de los profesionales de enfermería, es importante para ofrecer algunas orientaciones para implementar y justificar los cuidados pertinentes y coherentes con las necesidades fisiopatológicas en unidades de cuidado crítico. La revisión inicia con algunos conceptos de la literatura científica que definen el shock séptico y desde los cuales se construye una definición con una visión particular; seguidamente se hace una revisión fisiopatológica que explica las complicaciones que se presentan en la esfera sistémica, tomando como base algunos órganos. En ese mismo orden se presentan y analizan las manifestaciones clínicas del shock séptico, se proponen los diagnósticos de

enfermería según los conceptos de la NANDA y se ejercitan otras posibilidades diagnósticas provenientes de la experiencia de los autores del presente artículo.

Dentro de esta área es también de suma importancia hablar sobre la educación continua tradicional, ya que el enseñarle al paciente y familiares ayudan a sumar esfuerzos para prevenir complicaciones.

La educación continua tradicional, pueden ser valiosos el uso de guías la práctica clínica. Pueden tener como objetivo el reconocimiento precoz de la sepsis mediante el cribado y un mejor manejo de los pacientes una vez identificados como sépticos. Como la falta de reconocimiento de la sepsis impide el tratamiento oportuno, el cribado de la sepsis permite el tratamiento precoz y una disminución de la mortalidad. Dentro de estos programas, la implementación de un "paquete" básico de recomendaciones ha sido una fundamental. Un tema objetivo común a los diversos programas es mejorar el cumplimiento de los paquetes ya que se asocia con un aumento significativo de reducción de la mortalidad.

Como personas eficientes dentro del trabajo debemos tener presente que existen algunos factores intrínsecos que permiten estar en riesgo para contraer cualquier infección. Ejemplo de ello se presenta en personas débiles o ancianas o con enfermedades subyacentes (como el cáncer), las cuales requieren terapias y procedimientos especiales para soportar sus necesidades; también el uso extendido de los antibióticos facilita el crecimiento de microorganismos que mutan y resisten a los antibióticos convencionales; para entonces establecer mayor cuidado y vigilancia a ciertos pacientes por sus condiciones.

Dentro de esta área podremos encontrar a la sepsis no complicada ya que se presenta en casos de infecciones virales digestivas, respiratorias y por abscesos dentales, pero no requieren tratamiento hospitalario. Mientras que la sepsis grave se acompaña de problemas funcionales en uno o más órganos, como corazón, riñón, hígado o pulmones, y requiere tratamiento hospitalario.

2.10. EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL ESTUDIO DE LA ENFERMEDAD.

En la anterioridad el enfermero no contaba con los conocimientos necesarios para poder actuar sólo, se dedicaba a recibir órdenes y ser muy hábil y práctico para la realización adecuada de los procedimientos.

Desde este punto podemos decir que los enfermeros tenían un estrecho y continuo cuidado que proporcionaba a los pacientes, entonces se encontraban en la mayor disposición para prevenir e identificar signos tempranos de la sepsis, actuaban de modo alerta pensando siempre que los cuidados serían signos y que la única forma de reducir el riesgo a contraer una sepsis era previniéndola.

Por lo cual era imprescindible utilizar técnicas estériles, constante vigilancia y tiempo de atención para poder tener interacción con el paciente.

Estos consejos o formas de actuar en la anterioridad, importantes para el presente sin olvidar sobre como cuidar al paciente después de contraer la enfermedad y entonces evitar la muerte del paciente.

En los últimos años se ha evidenciado un incremento tanto en la incidencia de sepsis, como en la mortalidad relacionada con ella, a pesar de los grandes avances en el conocimiento de su fisiopatología y en la tecnología de soporte vital del paciente crítico.

Por lo general, el enfermo será remitido al hospital para diagnóstico y tratamiento si tiene posibles signos tempranos de sepsis. El enfermo necesitará tratamiento hospitalario de emergencia y puede requerir la admisión en una unidad de cuidados intensivos (UCI)

En las unidades de cuidados intensivos pueden apoyar a cualquier función corporal afectada, como la respiración o la circulación sanguínea, mientras que el personal médico se concentra en tratar la infección. Sin embargo, la sepsis es

tratable si se identifica y trata rápidamente, y en la mayoría de los casos conduce a la recuperación completa sin problemas duraderos.

En la actualidad el personal de enfermería debe ser muy competente para evitar los daños que pueda causar la enfermedad, tener los conocimientos necesarios sobre, la administración de antibióticos y sus efectos adversos, trato sobre infecciones virales, administración de líquidos intravenosos para prevenir la deshidratación e insuficiencia renal, uso de oxígeno y chequeo constante y control de signos vitales.

Actualmente el enfermero debe ser hábil, capaz, con fundamentos teóricos-prácticos, manteniéndose siempre actualizado, sin olvidar el uso de las nuevas tecnologías para la aplicación de los cuidados debidos del paciente, haciendo uso de los planes de cuidados y las guías de práctica clínica y el triaje de enfermería para la prevención de una sepsis.

CAPITULO III MARCO TEORICO

3.1. QUE ES UNA INFECCIÓN

Es el proceso por el cual ingresan gérmenes a una parte susceptible del cuerpo y se multiplican provocando una enfermedad, esto podría abarcar desde procesos leves hasta letales.

Dentro de los últimos las infecciones necrosantes conllevan una alta tasa de mortalidad si no se diagnostican y se intervienen de forma precoz. Los casos más graves requieren un abordaje multidisciplinario. La capa epidérmica de la piel es la barrera del cuerpo que nos protege de la invasión de microorganismos, la interrupción de esta capa permite la penetración de bacterias hacia estructuras más profundas.

3.1.1. EL PROCESO DE UNA INFECCIÓN

La transmisión de una infección se puede dar, por ejemplo, a través de gotículas este método de infección suele ser el más común para los virus que causan el “resfriado común”. Los virus son transportados por gotitas diminutas compuestas por secreciones nasales, que contienen millones de virus. Cuando alguien estornuda o hace sonar su nariz hacia el aire y luego son aspirados por otra persona, de esta manera son capaces de colonizar la membrana mucosa de la nariz de otra víctima

Un prerrequisito para la infección es que el patógeno (bacteria, virus, hongo, protozoo) esté presente. Una bacteria sola no puede causar una enfermedad; el punto de partida es siempre la fuente de infección.

3.2. SHOCK SÉPTICO

El shock séptico es una afección grave que ocurre cuando una infección en todo el cuerpo lleva a que se presente una hipotensión arterial peligrosa.

3.2.1. DEFINICIÓN

Es un estado de hipoperfusión tisular en el contexto de un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, caracterizado clínicamente por vasodilatación excesiva y el requerimiento de agentes presores para mantener la presión de perfusión de los órganos.

La típica respuesta cardiovascular hiperdinámica no está presente en todos los enfermos, por lo que su presencia o ausencia no debe usarse para el diagnóstico del shock séptico. Las secuelas adversas de la respuesta sistémica inflamatoria a la infección constituyen una de las causas más frecuentes de mortalidad en las unidades de cuidados intensivos no coronarios.

3.2.2. TIPOS DE SHOCK

Shock anafiláctico: reacción sistémica de hipersensibilidad de carácter grave a veces mortal, consecuencia de la exposición a una sustancia sensibilizante como puede ser un fármaco, una vacuna, ciertos alimentos, un extracto alergénico o alguna sustancia química.

Shock cardiogénico: se relaciona con un bajo gasto cardíaco (falla de la bomba) asociado generalmente al infarto agudo de miocardio, la insuficiencia cardíaca congestiva o arritmias graves.

Shock hipovolémico: es una pérdida rápida y masiva de la volemia que acompaña a gran variedad de trastornos médicos y quirúrgicos, como traumatismos, hemorragias digestivas, ginecológicas y patología vascular.

Shock séptico: hipotensión arterial debida a la sepsis que persiste y no responde a la expansión del volumen intravascular con líquidos, acompañada de alteraciones de la perfusión.

3.3. EPIDEMIOLOGIA

La sepsis y sus agravamientos son la primera causa mundial de muerte, en las unidades de terapia intensiva no cardiológicas.

Actualmente, entre los episodios bacteriémicos, los gérmenes Gram-positivos son más frecuentes que los Gram-negativos (55% vs 45%), debido especialmente al incremento de infecciones por catéter. Sin embargo, en la sepsis severa, la proporción de Gram-positivos y Gram-negativos es similar a (48% vs 46%) reflejando el bajo riesgo de sepsis severa asociada a la infección causada por el estafilococo coagulasa-negativo. Estos datos sugieren que las características microbiológicas de la infección no son de un determinante principal de la presentación clínica e intensidad de la respuesta del huésped a la infección.

Se estima la incidencia de 200-300 casos por cada 100,000 habitantes al año con un incremento anual del 8%.

Aproximadamente el 2% de los pacientes hospitalizados y hasta el 75% en las unidades de cuidados intensivos (UCI) desarrollan una sepsis. La incidencia es mayor en hombres, siendo la séptima década de la vida.

3.3.1 FISIOPATOLOGÍA

La secuencia de fenómenos que conducen a la sepsis empieza por la liberación a la sangre de toxinas bacterianas que pueden encontrarse de manera estructural en la pared de las bacterias gram negativas o en forma de toxinas.

Existen datos que revelan tanto el riesgo de adquirir la infección como el riesgo de desarrollar complicaciones severas varían mucho entre los pacientes. Si la respuesta inflamatoria del huésped es adecuada la infección se controla y los

microorganismos o sus toxinas eliminados o neutralizados. Sin embargo, si la respuesta es localmente insuficiente, esta se perpetúa por mecanismos moleculares que la tornan excesiva o incontrolada y acaban afectándose órganos distantes del foco infeccioso inicial. Estos mecanismos moleculares que, teóricamente, deberían tener finalidad defensiva, ponen de manifiesto la imperfección de un sistema inmunitario que en determinadas circunstancias se vuelve contra uno mismo de forma suicida. El sistema de inmunitario opera elementos celulares que interactúan entre si utilizando mediadores y receptores químicos.

3.4. CAUSAS DEL SHOCK SÉPTICO

Esta enfermedad aparece debido a cualquier tipo de bacteria, hongos y virus incluido, es decir cuando se produce una infección microbiana a nuestro organismo, el sistema inmunitario es capaz de controlarla y que dicha infección quede localizada.

Sin embargo, en algunos casos, las defensas no pueden combatir la infección de una forma eficaz. Los microorganismos eliminan unas toxinas que se ponen en marcha una gran serie de mecanismos que llegan a provocar una inflamación generalizada que llega a producir un shock séptico.

Estos mecanismos, que son complejos producen una alteración en diferentes órganos como son, el hígado, el riñón, el pulmón, también alteran el funcionamiento de la coagulación de la sangre y del sistema cardiovascular.

Es más frecuente que el shock séptico aparezca en pacientes con el sistema inmunitario alterado como los bebés, los ancianos o las personas con inmunodepresión como los pacientes crónicos. El shock séptico debe ser comprendido como un proceso en el cual se presentan severas alteraciones metabólicas y de función de sistemas y órganos debido a como ya se mencionó anteriormente a una inhabilidad del cuerpo.

La fase inicial del cuadro es referido como un estado de pre-shock en el cual ocurren cambios fisiopatológicos previos a la manifestación de fiebre e hipotensión; posteriormente se hace evidente del estado clínico del shock cuyas manifestaciones dependen de ciertas características del huésped y tratamiento instituido, y van de la etapa aguda que progresa rápidamente hacia la muerte o falla múltiple de órganos y sistemas que han denominado estado “crítico de shock”. Esta movilidad se presenta en aquellos hospitales en que se ha incrementado la habilidad para estabilizar el sistema cardiopulmonar a los pacientes.

3.5 COMPLICACIONES

Se debe tener en cuenta que es una situación médica que se instaura de forma rápida y que puede llegar a tener consecuencias del tanto graves, por lo tanto debemos tener siempre presente que requiere atención urgente.

3.5.1 FALLAS CARDIOVASCULARES

El factor principal de los cambios hemodinámicos es la disminución del tono vascular manifestado, como hipotensión, el gasto cardiaco se encuentra aumentado pero en magnitud inadecuada para las necesidades, la distribución sanguínea a diversos órganos esta alterada, incluyéndose entre sus causas la liberación de sustancias vasoactivas que pueden producir vasodilatación en ciertas zonas y vasoconstricción en otras.

El gasto cardiaco es la función de precarga, post-carga, contractibilidad miocárdica y frecuencia cardiaca. La precarga puede estar disminuido por hipovolemia lo que reduce el gasto cardiaco, sin embargo en los pacientes con shock séptico a quienes se les ha mejorado su volumen circulante con administración de líquidos, el gasto cardiaco suele estar normal o aumentado.

Dado que el gasto cardiaco no es indicador sensitivo de la actividad miocárdica pues afectado por los factores ya mencionados. Se ha demostrado también que

la capacidad de aumentar el índice cardiaco con el tratamiento de fluido o presores, o con el uso de vasodilatadores de postcarga en el paciente en donde se encuentra la resistencia vascular periférica aumentada, se correlaciona con mejor pronóstico.

3.5.2. INSUFICIENCIA RENAL

El flujo urinario y la función renal deben vigilarse en los pacientes sépticos. La oliguria obliga a verificar el volumen sanguíneo circulante o el apoyo vasoactivo que se administra porque la hipoperfusión renal secundaria a la hipotensión o al gasto cardiaco insuficiente son las más usuales de la oliguria.

Cuando en el estado de shock séptico la reanimación se realiza pronta y eficazmente como para solventar la isquemia y cese de la disfunción renal, se produce un estado de poliuria. También los pacientes sépticos con hipotensión e hipovolemia por deshidratación pueden demostrar oliguria. Es vital distinguir la oliguria pre-renal y la secundaria a necrosis tubular aguda (insuficiencia renal aguda oligurica) ya que el manejo y pronóstico son totalmente diferentes.

Es importante el mantenimiento de la función renal, ya que la oliguria complica el manejo de líquidos y el apoyo nutricional. La dopamina “a dosis renal” es ampliamente utilizada para prevenir o disminuir el fallo renal agudo en pacientes con sepsis. Una vez establecida la insuficiencia renal aguda, se debe controlar el ingreso de líquidos, la hiperpotasemia con resinas de intercambio iónico y/o solución de glucosa, insulina y bicarbonato.

Sin embargo, el beneficio tanto este tratamiento, como el de los diuréticos, en pacientes con una adecuada repleción de volumen, y una PA normal, no se ha demostrado por el momento. En pacientes que persisten oliguricos a pesar de una reanimación adecuada, el reemplazamiento renal mejora el resultado del shock séptico. Las técnicas de reemplazamiento continuo conllevan un mejor manejo del volumen, mayor estabilidad hemodinámica, y mayor aclaramiento con un control metabólico más estable.

3.5.3. ANORMALIDADES EN LA COAGULACIÓN

La hemostasis es un proceso en el que interviene la pared celular, flujo sanguíneo, plaquetas y distintos sistemas enzimáticos.

La infección puede provocar alteraciones en cada uno de esos sistemas. Las plaquetas pueden estar disminuidas y el grado de disminución es proporcional a la gravedad de la sepsis. Además se ha observado disminución de su capacidad de agregación y adhesividad, secuestro de las más jóvenes en el sitio de infección.

El fibrinógeno puede estar aumentado en el stress, la actividad fibrinolítica generalmente está disminuida produciendo un estado de hipercoagulabilidad, y aumento de los productos de degradación, como el indicador del inicio de coagulación vascular diseminada.

3.5.4. SÍNDROME DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Los problemas respiratorios en el shock séptico pueden ser primario en relación a la infección directa del microorganismo como en la neumonía, que es un producto de la enfermedad en cuestión; o secundaria a instrumentaciones, uso de oxígeno o bien puede ser resultado de lesiones indirectas producidas por una serie de procesos presentes en la septicemia.

La insuficiencia respiratoria aguda es un problema pulmonar gravemente visto en pacientes sépticos y se define como el estado clínico en el que el intercambio gaseoso y la distribución de oxígeno no son adecuados para mantener las funciones del organismo. Puede ser producida por patologías distintas como politraumatismos, post-operatorios etc. Pero especialmente en la septicemia, es más, existen relaciones estadísticas significativas entre la aparición del síndrome de distress respiratorio agudo del adulto (SDRA) y la presencia de la septicemia.

La sepsis se detecta casi siempre por la aparición de taquipnea o hiperventilación e hipoxemia. La sepsis provoca demandas extremas a los pulmones, requiriendo

un volumen minuto alto precisamente en un momento en el que la compliance del sistema respiratorio está disminuida y la resistencia en la vía aérea aumentada por broncoconstricción, dificultándose la eficacia musculatura respiratoria.

Casi el 85% de los pacientes necesitan ventilación mecánica de 7 a 14 días y más de la mitad desarrollan lesión pulmonar aguda o severa (SDRA) detectándose en la radiografía de los tórax infiltrados alveolares alveolares reflejando la existencia de edema pulmonar por aumento de la permeabilidad alveolocapilar, produciendo hipoxemia marcada.

3.5.5 DISFUNCIÓN METABÓLICA

La situación del shock se produce por un inadecuado aporte del sustrato metabólico, especialmente del oxígeno, o por un uso inadecuado del mismo (disminución de la extracción tisular de oxígeno) resultando una acidosis láctica. En un primer momento del consumo de oxígeno tisular es normal o está aumentando en dependencia del aporte, para luego estar disminuido. Otras alteraciones metabólicas encontradas en la sepsis son; hiperglucemia (fase precoz), hipoglucemia (fase tardía), hipomagnesemia, hipofosfatemia, hiponatremia e hipocalcemia.

3.5.6. GASTROINTESTINAL/HEPÁTICO

La potente vasoconstricción que se da en el shock disminuye la perfusión de la mucosa gastrointestinal que es muy susceptible a isquemia, contribuyendo a la propagación de la lesión que produce el shock ya que la inadecuada perfusión permite que las bacterias de la flora intestinal vayan a la circulación, se aprecia además una redistribución del flujo sanguíneo normal que lleva a úlceras gastrointestinales.

La disfunción a nivel hepático contribuye a la progresión del shock, ya que en condiciones normales el sistema reticuloendotelial actúa como defensa de primera línea ante bacteria. Se evidencia hiperbilirrubinemia y colestasis y alteración de la síntesis de proteínas hepática, así como niveles séricos elevados de proteína C reactiva y alfa-1 antitripsina en la fase aguda, mientras que los niveles de albumina, un reactante de fase negativa, están disminuidos.

3.6. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones clínicas de shock séptico dependen del estado previo del paciente, y en algunos casos del organismo infectante, se debe reconocer cualquier tipo de infección localizada especialmente del tracto urinario, cavidad abdominal o pélvica, pulmón, tracto biliar, tejido blando o heridas, así como cualquier sitio en el cual se ha introducido venoclisis, cánulas y otro material para efectuar diagnóstico o como parte de tratamiento.

En pacientes sépticos con una temperatura elevada o disminuida ($>38/ <36^{\circ}\text{C}$), taquipneico y taquicárdico, ocasionalmente se puede presentar un rash cutáneo generalizado, con importante debilidad de forma global, hipotenso (TAS <90 mmHg)

Fiebre-hipotermia

Hipotensión-taquicardia

Oliguria o anuria

Palidez-frialdad cutánea

Alteración del nivel de conciencia

3.6.1 FIEBRE

Esta manifestación se presencia en el 60% de los casos, pero puede estar ausente si el paciente recibe antiinflamatorios, tiene insuficiencia renal o es de

edad avanzada. La hipotermia no es común, pero es un signo de mal pronóstico, asociándose a tasas de mortalidad elevada (60%).

3.6.2 HIPOTENSIÓN

Está presente y se explica por una mala distribución del flujo sanguíneo y una hipovolemia debido a la extravasación capilar difusa. Puede ser una hipotensión absoluta (presión arterial sistólica menor de 90 mmHg). La inestabilidad hemodinámica progresiva es la característica más destacada, siendo la taquicardia un signo principal: puede estar ausente si el paciente tiene trastornos de la conducción cardíaca, disfunción autonómica, recibe bloqueantes beta adrenérgicos o bloqueantes de los canales de calcio o tiene fiebre de origen medicamentoso.

3.6.3. PALIDEZ Y FRIALDAD CUTÁNEA

Son una manifestación de los mecanismos de vasoconstricción que intentan compensar la disminución de la perfusión tisular y la reorientación del flujo sanguíneo de la periferia a los órganos vitales, manteniendo la perfusión coronaria, cerebral y esplácnica. Además de lo anterior, la piel puede ser el destino final de manifestaciones sépticas (exantemas o roséola tífica), lo que puede servir de ayuda diagnóstica.

3.6.4. NIVEL DE CONCIENCIA

En esta varían desde un estado de agitación, confusión, delirio, obnubilación, hasta el coma. Pueden ser atribuidas a la hipotensión arterial o a la hipoxemia. La persistencia de la disfunción cerebral no explicada por otras causas se denomina encefalopatía séptica, cuya patogénesis probablemente multifactorial no es del todo clara.

3.7 DIAGNOSTICO

Es muy importante la realización del diagnóstico, y este se basa en el cuadro clínico, ya comentado (fiebre o hipotensión, conciencia). Es posible que los

pacientes ancianos, los debilitados o los inmunosuprimidos no manifiesten las características obvias de una infección localizada, puesto que en ellos los mecanismos inflamatorios están disminuidos, y la incapacidad de formar púrpura que sea difícil de demostrar el origen de la sepsis o que no presenten fiebre.

También es probable que las personas con mala función cardíaca o hipovolemia experimenten hipotensión más grave inducida por la sepsis y piel fría, similar a la que se observa en el shock cardiogénico o hipovolémico. También se produce oliguria y obnubilación, manifestaciones no específicas de sepsis, a menos que la obnubilación o la confusión precedan al inicio de la hipotensión grave.

3.7.1. HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica es un documento imprescindible para guardar toda la información relativa a la salud de un paciente y los servicios y la atención prestados al mismo, esto surge del contacto entre un paciente y un profesional de la salud, donde se recoge toda la información relevante acerca de la salud del paciente del modo que se le pueda ofrecer una atención de manera correcta y personalizada.

3.7.2. EXAMEN FÍSICO

El examen físico es la exploración que se practica a toda persona a fin de reconocer las alteraciones o signos producidos por la enfermedad valiéndose de los sentidos y de pequeños aparatos o instrumentos llevados consigo mismo.

El examen físico está dirigido hacia el descubrimiento de la gravedad, el tipo y causa del shock. Se debe sospechar sepsis cuando aparezcan signos precoces como taquipnea, escalofríos, ansiedad y malestar general. Buscar alteraciones cutáneas que puedan orientar la etiología del proceso.

3.7.3. PRUEBAS DE LABORATORIO

Los estudios básicos de laboratorio son útiles para sugerir un cuadro séptico como estado de shock. Se practica obligatoriamente un hemograma, función renal, ionograma, oximetría arterial y equilibrio ácido-base, estudio de la

coagulación, sedimento de orina, y cualquier otra determinación analítica que la clínica del paciente requiera.

Los leucocitos y desviación izquierda son casi constantes, cuando la cifra leucocitaria es baja, casi todos los leucocitos periféricos son formas jóvenes o inmaduras, en pacientes sépticos que no reciben tratamiento citotóxico previo.

3.7.4. PRUEBAS MICROBIOLÓGICAS

Hemocultivos son dos muestras, entre ellas, 1 muestra extraída de una vena periférica y una muestra de cada uno de los catéteres vasculares (en caso de tenerlos), insertados por un periodo mayor de 48 hrs. Deben de realizarse hemocultivos de todas las muestras de sangre en condiciones aerobias o anaerobias.

3.7.5. PRUEBAS DE IMAGEN

Los estudios de imagen son como

Radiografía (principalmente de tórax)

Ecografía y TC (principalmente de abdomen, pantomografía si hay foco oculto)

3.8 PRONÓSTICO

El pronóstico de los pacientes depende de varios factores. El manejo temprano y racional de los sitios de infección, o la instauración de medidas apropiadas en etapas tempranas mejoran el pronóstico de la enfermedad.

La mortalidad se mantiene altas más o menos 25-35, según las características del paciente hay pacientes con enfermedades subyacentes o estado inmunitario deficiente tienen mal pronóstico, las infecciones previas o contacto con bacterias involucradas rara vez desarrollan estado de shock probablemente por inmunidad

mediada de anticuerpos o tolerancia a la endotoxina, el shock séptico puede ser irreversible y fatal.

3.9 PREVENCIÓN

Cualquier paciente tiene riesgo de desarrollar sepsis, aunque esté en riesgo se incrementa en los extremos de la vida (1 año y 60 años), pacientes inmunocompromiso, heridas y traumatismos, adicciones (alcohol y drogas), procedimientos invasivos y variabilidad genética.

Las personas que ingresan al hospital con enfermedades graves, presentan un mayor riesgo de desarrollar sepsis debido a; la enfermedad subyacente, uso previo de antibióticos, resistencia bacteriana hospitalaria y procedimientos invasivos.

La contribución del personal de enfermería en la prevención del shock séptico debe estar orientado al manejo estricto de las técnicas asépticas en todos los procedimientos de monitoreo y cuidado que se lleven a cabo con cada uno de nuestros pacientes. Las actividades de prevención y detección temprana de la sepsis deben llevarse a cabo en todas unidades clínicas de hospitalización.

Es necesario la aplicación de programas específicos para mejorar la atención y reducir el riesgo de muerte por sepsis grave y shock séptico, para ello debe incluir;

Aprender sobre sepsis y mejorar la calidad de atención.

Establecer un mecanismo de medición y vigilancia de estos pacientes para hacer un análisis integral evaluar las medidas implementadas.

Analizar y evaluar mensualmente los éxitos y los fracasos que se han obtenido con los protocolos que se han implementado para así rediseñar el proceso y evaluar en forma simultánea.

3.9.1 FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo que son potencialmente responsables del aumento de la incidencia de sepsis y de shock séptico. La existencia de alguno de estos factores junto con las manifestaciones clínicas permite el diagnóstico del shock séptico.

Edad; recién nacidos personas mayores de 50 años de edad

Sistema inmunológico debilitado

Glóbulos blancos bajos

Enfermedades crónicas; diabetes , leucemia, VIH.

Desnutrición severa

Cirugía previa

Disfunción esplénica o inmunomodulares(quimioterapia)

Anormalidades del tracto urinario con infección frecuente

Catéteres vasculares u otros dispositivos invasivos (tubo endotraqueal, sonda Foley, etc.)

3.9.2. PREVENCIÓN DE SEPSIS POR SONDA VESICAL

Higiene de las manos

Precauciones de barrera máximas durante la inserción de la sonda

Mantener campo durante la inserción

Tramo de manguera y receptor que no toque el piso

Revisión diaria de la necesidad de mantener la sonda, y retirarla lo más rápido posible.

3.9.3. PREVENCIÓN DE SEPSIS POR SONDAS TORÁCICAS

Higiene de manos

Precauciones de barrera máxima durante la inserción de la sonda

Antisepsia cutánea con clorhexidina, iodo povidona, extender y mantener campo durante la inserción.

Tramo de mangueras, receptor que no toque el piso cuidados con la aspiración.

Revisión diaria de la necesidad de mantener al paciente con sonda y retirarla lo más pronto posible.

3.9.4. PREVENCIÓN DE SEPSIS POR SONDAS INTERVENTRICULARES (PIC)

Higiene de manos

Precauciones de barrera máximas durante la inserción de la sonda

Antisepsia cutánea, extender y mantener cuando el neurocirujano la inserta, cubrir con nylon estéril para evitar el roce con la cama.

Nylon estéril para cubrir el banco y/o apósito estéril con clorhexidina, manipulación estricta necesaria con guante previo lavado de manos.

Revisión diaria la necesidad de mantener la sonda y retirarla lo más pronto posible.

3.9.5. VIGILANCIA

Se requiere efectuar una evaluación prolongada con apoyo físico, psicológico y financiero para reintegrar al paciente a sus actividades normales y prevenir morbilidad.

La morbilidad temprana en la sepsis se refleja a través de la función orgánica comprometida y de la necesidad del manejo integral en la unidad de terapia intensiva, después que la enfermedad aguda se resuelva, el paciente puede requerir una estancia hospitalaria prolongada y rehabilitación.

La disminución de la función física y la debilidad muscular puede persistir por más de un año en aquellos pacientes con complicaciones graves secundarias a sepsis.

3.9.6. MANEJO DEL PACIENTE

El manejo del paciente se basa en la atención que se les debe dar a nuestros pacientes hospitalizados con shock séptico que cursan con estado crítico de salud.

Así que como enfermeros, debemos requerir de conocimientos suficientes sobre las entidades patológicas que con mayor frecuencia se asocian.

A su vez se debe de estudiar los cuidados especiales que se deben de seguir para que nuestro paciente salga del estado en que se encuentra depende mucho de nosotros, antes, durante y después de haber superado la enfermedad. En las pacientes con trastorno de la percepción sensorial, es preciso;

Valorar el estado de conciencia, a través de la coherencia en el uso de las palabras, el estado de tranquilidad y el estado de alerta.

Controlar la perfusión tisular cerebral por medio de la saturación de oxígeno y el análisis de los gases arteriales, manteniendo una oxigenación en el paciente por encima del 90%.

Evaluar el riesgo de caídas derivado de una hipoxemia cerebral o el desequilibrio electrolítico que lo lleve a estados de agitación y somnolencia. Al igual que la ansiedad de la persona enferma debe manejarse con la familia y todo el equipo de salud.

3.10. TRATAMIENTO

La mejor forma del tratamiento del shock en la prevención, ya que aun teniendo un manejo de optimo farmacológico y soporte cardiorrespiratorio la mortalidad sigue manteniéndose alta.

3.10.1 CONTROL DE LA INFECCIÓN

La elección inicial del antibiótico se basa en la efectividad del mismo para atacar a la bacteria que se crea causante de la infección (lo cual generalmente se ha determinado según la frecuencia con que el agente ha aparecido en ciertos sitios), algunos reportes de cultivos previos, terapia anterior, si la infección fue adquirida intrahospitalariamente y algunas características del paciente como edad, y condición inmunológica. Es así que durante el tratamiento inicial de las infecciones bacterianas la elección del antibiótico se basa especialmente y examen físico del paciente.

Es necesario descubrir el sitio de infeccioso e identificar el organismo causante de la misma para instaurar el tratamiento definitivo con el antibiótico adecuado, así mismo administrar dosis del fármaco, conocer si el antimicrobiano penetra al sitio de infección y su actividad. La dosis debe ser seleccionada según la medición de concentraciones inhibitoras mínimas, niveles en sangre, vida media, determinación de resistencia, vías de excreción y funcionamiento del órgano de excreción.

3.10.2. MONITOREO HEMODINÁMICO

El monitoreo hemodinámico básico de un paciente shock séptico debe incluir la presión arterial invasiva, el trazado de electrocardiográfico, y la oximetría de pulso, además del monitoreo de la perfusión sistémica, el cual se discute en la sección. Adicionalmente, la gran mayoría de los pacientes requiere algún método

de evaluación del volumen circulante efectivo para guiar la administración de fluidos, y una fracción menor de pacientes puede requerir la medición o estimación del gasto cardiaco, o de la contractibilidad.

La medición del gasto cardiaco también se emplea con frecuencia en la reanimación de los pacientes con shock séptico de mayor gravedad. El estándar para su medición es la termodilución obtenida a partir del catéter de arteria pulmonar (catéter swan-ganz).

Desde hace años se vienen desarrollando técnicas alternativas para la medición del gasto cardiaco, muchas de ellas se van considerando poco invasivas, sin embargo, su precisión es muy variable.

3.10.3. MONITOREO DE LA PERFUSIÓN

El monitoreo de la perfusión es multimodal, ya que involucra distintos componentes de naturaleza diversa. En la evaluación inicial se debe priorizar la perfusión periférica. Una vez que nuestro paciente ha entrado a crítico, o que las medidas iniciales de la reanimación y la estabilización cardiovascular ya se han implementado, el monitoreo de la perfusión debe complementarse con la medición de la SvcO₂ y de la diuresis.

La reanimación inicial con fluidos debe continuarse idealmente hasta obtener la normalización de todos estos parámetros. Sin embargo, como se ha visto en ciertos casos, la persistencia de alteraciones aisladas en algún parámetro puede no reflejar hipoperfusión, si no corresponder a otras alteraciones, por ejemplo sería la insuficiencia renal oligúrica ya establecida, o la persistencia de

hiperlactatemia moderada secundaria a hipermetabolismo. Para definir esta condición se debe integrar activamente la evolución de todos los parámetros hemodinámicos y de perfusión, así establecer hasta donde debe continuarse la reanimación agresiva con fluidos o inotropos.

3.10.4 ADMINISTRACIÓN DE FLUIDOS

La administración de fluidos intravenosos ha sido siempre un pilar fundamental para el manejo de pacientes críticos de distintas etiologías. Sin embargo, existe poca claridad sobre la estrategia de volemicación, incluyendo el tipo de fluido, cantidad de fluido administrado, metas y límites de seguridad en los distintos escenarios clínicos.

En la actualidad no existe evidencia clínica que demuestre la superioridad de un fluido en particular. Sin embargo existe evidencia indirecta que sugiere balances hídricos excesivos que se asocian a mayor mortalidad en el contexto de la sepsis. Sin embargo si se ve desde el punto de vista de la temporalidad de la administración de fluidos la estrategia más racional desde el punto de vista fisiopatológico y también de acuerdo a la evidencia reciente es focalizar la administración de fluidos en las primeras horas de reanimación y restringir su uso una vez que se ha logrado revertir la hipoperfusión.

CAPITULO IV. INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN SHOCK SÉPTICO

4.1 IMPORTANCIA DE CONOCIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN SHOCK SEPTICO

El presente artículo de revisión temática aborda el shock séptico desde la fisiopatología, las manifestaciones clínicas y la identificación de una propuesta de intervención de enfermería que contiene los diagnósticos enfermeros para los sistemas neurológico, cardiovascular, pulmonar, renal y metabólico. Para brindar cuidado de enfermería al paciente con shock séptico que cursa con un estado crítico de salud y se encuentra hospitalizado en la unidad de terapia intensiva (UCI), la enfermera requiere conocimientos suficientes sobre las entidades patológicas que con mayor frecuencia se les asocian. A su vez, debe estudiar con especial cuidado los condicionantes que generan fenómenos y situaciones a las que la persona se enfrenta luego de superada la enfermedad y las consecuencias que contribuyen al deterioro de la calidad de vida.

4.2 CAUSAS

Los microorganismos causantes de la infección pueden ser bacterias, virus, hongos y/o parásitos, entre las pruebas diagnósticas más empleadas podemos distinguir:

Cultivos, se recogerán con técnica estéril antes de iniciar tratamiento antibiótico siempre que sea posible, urocultivo, exudado traqueal o muestra de esputo, exudado de heridas, LCR si procede, retirada de catéteres pre-existentes y cultivo de éstos. Si procede.

- Radiografía de tórax
- Pruebas de imagen, TAC, ecografía...
- Ecocardiograma, analítica completa de la sangre y orina, gasometría arterial...

4.2.1 FACTORES DE RIESGOS

- Diabetes
- Enfermedades del aparato genitourinario, el aparato biliar o el aparato digestivo
- Enfermedades que debilitan el sistema inmunitario, como el SIDA.
- Sondajes permanentes (aquellas que se mantienen en su lugar por períodos extensos, especialmente vías intravenosas y sondas vesicales, al igual que stents de metal o de plástico usadas para el drenaje)
- Leucemia
- Uso prolongado de antibióticos
- Linfoma
- Infección reciente
- Cirugía o procedimiento médico reciente
- Uso reciente de esteroides
- Trasplante de órgano sólido o médula ósea

4.2.2 TRATAMIENTO E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

El tratamiento para la sepsis y shock séptico varía, dependiendo del sitio y la causa de la infección inicial, los órganos afectados y la extensión de cualquier daño.

Por lo general, el enfermo será remitido al hospital para diagnóstico y tratamiento si tiene posibles signos tempranos de sepsis.

4.3. TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

El enfermo necesitará tratamiento hospitalario de emergencia y puede requerir la admisión en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

4.3.1 LA SEPSIS ES GRAVE

Se desarrolla shock séptico – cuando la presión arterial cae a un nivel peligrosamente bajo.

Las unidades de cuidados intensivos pueden apoyar cualquier función corporal afectada, como la respiración o la circulación sanguínea, mientras que el personal médico se concentra en tratar la infección.

Sin embargo, la sepsis es tratable si se identifica y trata rápidamente, y en la mayoría de los casos conduce a la recuperación completa sin problemas duraderos.

4.4. ANTIBIÓTICOS

El tratamiento principal para la sepsis, la sepsis severa o el choque séptico son los antibióticos.

Los antibióticos se administrarán directamente en una vena del enfermo (vía intravenosa).

Lo recomendable es que el tratamiento antibiótico se comience dentro de una hora después de hacer el diagnóstico para reducir el riesgo de complicaciones serias o muerte.

Los antibióticos intravenosos se reemplazan por vía oral después de dos a cuatro días.

El tratamiento con antibióticos se debe continuar por 7 a 10 días o más, dependiendo de la severidad de la enfermedad.

Infecciones virales

Si la sepsis es causada por un virus, los antibióticos no funcionarán.

Los antibióticos generalmente se administran de todos modos porque sería demasiado peligroso retrasar el tratamiento hasta que las pruebas confirmen la causa específica de la infección.

Con una infección viral, se debe esperar hasta que el sistema inmunológico empiece a combatir la infección, aunque en algunos casos se pueden administrar medicamentos antivirales.

4.4.1 LÍQUIDOS INTRAVENOSOS

El paciente necesita cantidades crecientes de líquido para prevenir la deshidratación y la insuficiencia renal. Por lo general, al enfermo se le administrarán líquidos por vía intravenosa durante las primeras 24 a 48 horas después de la admisión si tiene sepsis grave o shock séptico.

En estos casos es importante que los médicos puedan medir la cantidad de orina que los riñones están produciendo para que puedan detectar signos tempranos de insuficiencia renal. Con este objetivo el paciente, por lo general, tendrá un catéter insertado en la vejiga que permite medir con exactitud la producción de orina.

4.4.2 OXÍGENO

La demanda de oxígeno del cuerpo aumenta si tiene sepsis.

Si el paciente se ingresa en un hospital con sepsis y el nivel de oxígeno en la sangre es bajo, generalmente se le administrará oxígeno.

El oxígeno es administrado a través de una máscara o tubos en las fosas nasales.

4.4.3 TRATAMIENTO DE LA FUENTE DE INFECCIÓN

Si se puede identificar una fuente de la infección, como un absceso o una herida infectada, también será necesario tratarla.

Por ejemplo, si hay una colección de pus, ésta debe ser drenada o, en casos más serios, puede ser necesaria cirugía para eliminar el tejido infectado.

4.4.4 AUMENTO DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Los medicamentos llamados vasopresores se utilizan si la persona tiene presión arterial baja causada por la sepsis.

Los vasopresores normalmente se administran por vía intravenosa mientras el paciente se encuentra en la UCI.

También se pueden administrar líquidos extra por vía intravenosa para ayudar a aumentar la presión arterial.

También se puede requerir tratamientos adicionales, tales como:

4.4.5 CORTICOSTEROIDES

Medicación con insulina

Transfusión de sangre

Ventilación mecánica – se utiliza una máquina para ayudarle al enfermo a respirar

Diálisis – una máquina filtra la sangre para realizar la función de los riñones

4.5. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

En las 6 primeras horas conseguir una óptima oxigenación, restablecer presión arterial, ritmo de diuresis, restablecer temperatura, adecuar hidratación y nutrición, mantener glucemia, recuperar nivel de conciencia, prevenir úlceras por estrés, evitar sobreinfecciones y aliviar la ansiedad.

Para cumplir estos objetivos se derivan los siguientes cuidados:

- Canalizar catéter arterial para control de TA y control analítico.

- Canalizar al menos 2 vías venosas periféricas de grueso calibre para administración de tratamiento.
- Administrar volumen para restablecer volemia y TA.
- Administrar antibiótico de amplio espectro hasta recibir resultados de cultivos.
- Cuando la glucemia está elevada se administrará insulina rápida, realizándose controles cada 1 ó 2 horas.

Cuando el shock séptico se encuentra en los estadios más avanzados podemos observar el fallo de diferentes órganos, incluso pudiendo evolucionar hasta fallo multiorgánico y muerte.

Insuficiencia Renal Aguda: es un indicador independiente del mal pronóstico. El empeoramiento de la función renal en las primeras 24h se asocia con una mayor mortalidad.

Insuficiencia hepática: en función de la cantidad de masa celular hepática afectada se puede observar diferentes alteraciones, aumento de transaminasas, hipoglucemia, alteración del nivel de conciencia, acidosis láctica, coagulación intravascular diseminada...

Vigilancia de la aparición de posibles hemorragias, principalmente digestivas.

Si el paciente se encuentra consciente, se llevará a cabo una exhaustiva valoración neurológica para identificar una posible encefalopatía y el nivel de ésta; grado 1 (desorientado) grado 2 (comportamiento inapropiado), grado 3 (estuporoso) y grado 4 (coma).

4.6. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS E INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA NEUROLÓGICO

La persona en situación de enfermedad crítica por shock séptico puede presentar alteración en su orientación (persona, lugar y tiempo). Con frecuencia las manifestaciones van desde un estado de agitación e inquietud hasta cambios bruscos en su estado de conciencia.

El edema cerebral puede ser vasogénico (aparecen alteraciones en la sustancia blanca), citotóxico (aparecen alteraciones en la sustancia gris) o intersticial (el edema vasogénico es atribuido a alteraciones del endotelio en los capilares cerebrales), los cuales permiten el escape de macromoléculas hacia el espacio extracelular circundante y favorecen el flujo acuoso desde el espacio intravascular al extravascular.

El edema cerebral citotóxico se debe a la interrupción local de la integridad funcional de las membranas celulares, como consecuencia de la hipoxia o anoxia, por eliminación de sodio y síndrome de secreción inadecuada de la hormona antidiurética, por lo cual los líquidos y las proteínas se desplazan del espacio extracelular hacia el interior celular.

El edema intersticial se produce como resultado de la difusión periventricular de líquido cefalorraquídeo cuando no se puede controlar la hidrocefalia. Esta puede ser secundaria a un aumento del tamaño del espacio extravascular por hiponatremia. A menos que ocurra una adecuada compensación hídrica, aparecen siempre manifestaciones propias de hipertensión intracraneal.

a. Valorar el estado de conciencia permanentemente y correlacionar los resultados con los efectos esperados como consecuencia de enfermedad por shock séptico o con efectos de sedación inducida.

b. Evaluar la respuesta orgánica a estímulos externos tipo: dolor, reacción pupilar a la luz, apertura espontánea ocular, entre otras. 37 Intervención de enfermería en el paciente con shock séptico.

c. Revisar los resultados de exámenes especializados como: tomografías cerebrales, resonancias magnéticas, líquido cefalorraquídeo, electroencefalograma, entre otros, para hacerse a una imagen mental de lo que puede estar sucediendo en el sistema nervioso central. Es necesario correlacionar con los hallazgos en la valoración física, neurológica y mental.

d. Valorar las posturas corporales que señalen decorticación o descerebración . En la persona con trastorno de la percepción sensorial, es preciso:

a. Valorar el estado de conciencia, a través de la coherencia en el uso de las palabras, el estado de tranquilidad y el estado de alerta.

b. Controlar la perfusión tisular cerebral por medio de la saturación de oxígeno y el análisis de los gases arteriales, manteniendo una oxigenación en el paciente por encima del 90%.

c. Evaluar el riesgo de caídas derivado de una hipoxemia cerebral o desequilibrio electrolítico que lo lleve a estados de agitación y somnolencia.

4.7. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS E INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA CARDIOVASCULAR

Los pacientes con shock séptico necesitan un aporte de líquidos, cristaloides y coloides capaces de mejorar la presiones hidrostática y oncótica, y con ello mejorar el volumen sistólico requerido para aumentar el gasto cardiaco. Este manejo hídrico, igualmente, requiere el seguimiento de las presiones de llenado como la presión venosa central y la presión en cuña pulmonar, indispensables durante la reanimación con este tipo de líquidos. A su vez, estos pacientes precisan fármacos vasopresores que contribuyan a mejorar la presión arterial y con ello la perfusión.

- Valorar la función hemodinámica a través de las presiones de llenado, como son la presión venosa central (PVC) o la presión en cuña pulmonar (PCP),

teniendo en cuenta que sus valores deben oscilar entre 8 y 12 mm de Hg para la PCP y entre 5 y 10 mm de Hg para la PVC. Se debe tener en cuenta que valores de PCP y PVC superiores al rango establecido significan incremento del líquido corporal total y la decisión será disminuirlos hasta concentraciones que no causen daño orgánico. Por el contrario, los valores inferiores señalan disminución del líquido corporal y la posible conducta será instaurar medidas terapéuticas para hidratar.

- Valorar la respuesta a la administración de fármacos vasopresores según las cifras tensionales y la garantía de la perfusión cardiovascular determinada por el gasto cardíaco, la frecuencia cardíaca y el llenado capilar; la perfusión pulmonar, evidenciado por la oxigenación y la perfusión periférica; la perfusión cerebral, manifiesta por el estado de conciencia, y la perfusión renal, a través de la valoración de volúmenes urinarios.
- Determinar la garantía del transporte tisular de oxígeno con el reporte actualizado de gases arteriales.
- Valorar los tonos cardíacos en búsqueda de S3 y S4, los cuales se presentan como característicos en la falla cardíaca.
- Establecer la contractilidad cardíaca y revisar el trazo electrocardiográfico en búsqueda de arritmias derivadas de hipoperfusión miocárdica.

4.8 DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS E INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA RESPIRATORIO

Las personas con shock séptico requieren un aporte ventilatorio, al estar afectada la frecuencia respiratoria, su profundidad, ritmo y estado ácido básico, situación que exige la vigilancia permanente, porque la baja oxigenación tisular complica el funcionamiento de los órganos sistémicos. El compromiso cardiovascular preexistente puede afectar el funcionamiento pulmonar, en vista de que el flujo

sanguíneo que llega y sale de los pulmones está disminuido, con lo que el espacio muerto fisiológico se incrementa y permite desajustes en la relación ventilación-perfusión.

Por lo general, la característica inicial es la hiperventilación, que precisa que el enfermo sea apoyado a partir del aumento de la ventilación por minuto. En el estadio progresivo de la sepsis es común encontrar, por el volumen de líquidos infundidos, el edema pulmonar no cardiogénico; además, el aumento de la permeabilidad capilar y la vasoconstricción pulmonar generan edema intersticial y alveolar, con lo que se presentan infiltrados difusos pulmonares con el subsecuente aumento de la frecuencia respiratoria, como mecanismo orgánico de defensa.

Esto último se asocia con una disminución de la distensibilidad, lo que permite la aparición de estertores húmedos. En todo caso, la hipoxemia se manifiesta a través de la insuficiencia respiratoria. Por lo anterior, el profesional de enfermería debe tener en cuenta que el cuidado ofrecido se debe orientar a:

- a. Valorar el patrón respiratorio y ajuste de las demandas de ventilación y oxigenación para garantizar la perfusión tisular.
- b. Examinar la oxigenación y el estado ácido básico en los gases arteriales e interpretar estos resultados conjuntamente con la hemodinamia. 40 Fanny Esperanza Acevedo Gamboa, Consuelo Ortiz Suárez, Juan Carlos Díaz Álvarez Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo - Vol.
- c. Valorar la pulsooximetría como parámetro para identificar la saturación de oxígeno, recordando que en estados avanzados del shock séptico los dedos de las manos presentan mala circulación y perfusión periférica como consecuencia del proceso inflamatorio sistémico, daño cardiovascular y efecto secundario de inotrópicos y vasopresores, por lo cual la oximetría debe ser ejecutada en los lóbulos de las orejas.
- d. En ventilación mecánica, mantener permeable las vías respiratorias para garantizar adecuada ventilación y oxigenación tisular.

e. Valorar los sonidos respiratorios, buscando sobrecarga de volumen, acumulación de secreciones pulmonares, entre otras.

4.9. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS E INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA DIGESTIVO

Como consecuencia del bajo gasto, la circulación arterial mesentérica se disminuye; por ello, al valorar al paciente, los sonidos intestinales son escasos o no están presentes. El intestino se torna isquémico por la vasoconstricción general y la hipoperfusión y es posible la presencia de úlceras erosivas, hemorragias digestivas, trastorno en la absorción de nutrientes y translocación de bacterias digestivas. También pueden presentarse náuseas, vómito, diarrea o estreñimiento y distensión abdominal. Por lo anterior, el profesional de enfermería debe tener en cuenta que el cuidado ofrecido se debe orientar a:

- a. Valorar la motilidad intestinal y correlacionarla con el estado de sepsis y el déficit circulatorio presente.
- b. Revisar pruebas diagnósticas que señalen edema intestinal (rayos X de abdomen).
- c. Evitar el equilibrio negativo de nitrógeno, a través de la administración de nutrición parenteral, ajustada a las necesidades y requerimientos orgánicos. 41 Intervención de enfermería en el paciente con shock séptico.
- d. Tomar medidas que permitan mantener un gasto cardiaco adecuado y unos niveles de perfusión tisular en parámetros aceptables para evitar mayores lesiones orgánicas.
- e. Valorar la presencia de incremento de líquido abdominal, por medio de la visualización de la onda ascítica.

f. Mantener en el paciente el estado de ayuno digestivo, conservando la permeabilidad de las sondas instauradas y aspirar acorde a la necesidad de evacuar líquido gástrico.

4.10. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS E INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA RENAL

Los pacientes en shock séptico que presentan procesos inflamatorios sistémicos tienen afectado el flujo sanguíneo renal y disminuido el aporte, lo que da lugar al incremento en la renina y liberación de angiotensina, que produce un efecto vasoconstrictor. Por su parte, la aldosterona da lugar a la reabsorción de sodio y agua, y la hormona antidiurética se incrementa, por lo que permite mayor reabsorción de agua. En el estadio progresivo del shock, la vasoconstricción permite isquemia y necrosis tubular aguda, lo que disminuye la diuresis, aumenta el cociente de nitrógeno ureico en la sangre y creatinina, aumenta el sodio en la orina, disminuye la osmolaridad y densidad de la orina, así como el potasio en la orina, y genera acidosis metabólica. La manifestación final es la anuria. Por lo anterior, el profesional de enfermería debe tener en cuenta que el cuidado ofrecido se debe orientar a:

- a. Insertar una sonda vesical para registrar promedios urinarios horarios, además de realizar el balance de líquidos administrados contra los eliminados.
- b. Vigilar la diuresis horaria, la cual debe ser superior a 0,5 ml/kg/ hora.
- c. Determinar la función renal con ayudas diagnósticas de laboratorio, el nitrógeno ureico, la creatinina, los electrolitos en el suero, al igual que el sodio, las proteínas y la sangre en la orina.
- d. Valorar el estado ácido base en gases sanguíneos, en búsqueda de acidosis metabólica, lo cual ofrecerá una panorámica de la función renal.

e. Vigilar y valorar los signos y síntomas de sobrecarga hídrica para prevenir complicaciones (taquicardia, distensión venosa en el cuello, híper o hipotensión, etc.).

f. Administrar líquidos y medicamentos prescritos a partir de las condiciones clínicas, los cuales deben tender a mantener perfusión renal óptima o en límites aceptables de funcionalidad.

g. Valorar concomitantemente los efectos de sobrecarga hídrica o de hipovolemia en los diversos sistemas orgánicos (estertores en campos pulmonares, deterioro en la conciencia, ascitis, anasarca, edemas localizados, entre otros).

4.11. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS E INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA METABÓLICO

Como consecuencia de la hipoperfusión tisular y de procesos inflamatorios multisistémicos es insuficiente el metabolismo de productos de desecho y de fármacos, lo que aumenta el amoniaco (NH_3) y el lactato, los cuales se acumulan y producen mayor daño. Por otro lado, la falla multisistémica derivada del shock séptico hace que se aumenten los requerimientos metabólicos celulares, lo que ocasiona una tolerancia alterada a la glucosa en el sistema tisular, aumento de las concentraciones de azúcar en la sangre y resistencia relativa a la insulina. La deficiencia de insulina altera la síntesis de proteínas y lleva a su degradación. Este hecho provoca la pérdida de nitrógeno desde los tejidos. A su vez, el déficit de insulina estimula la producción de glucosa a partir de los aminoácidos en el hígado y conlleva más hiperglucemia. Respecto a la temperatura, según el estadio o etapa de desarrollo de la sepsis, puede encontrarse normal, disminuida o aumentada; sin embargo, tras la lesión y el daño instaurado en etapas posteriores, la hipotermia es la característica y la piel se torna fría y húmeda, moteada o cianótica. Es posible también encontrar hiperglucemia al inicio e hipoglucemia al final de la enfermedad, aumento de las enzimas hepáticas (ALT,

AST y GGT), incremento en los tiempos de coagulación con posibilidades de hemorragia, acidosis metabólica, incremento del pH y disminución en la PaO₂ y la PaCO₂ (26,27). Por lo anterior, el profesional de enfermería debe tener en cuenta que el cuidado ofrecido se debe orientar a:

a. Valorar la situación metabólica, a partir de la revisión de reportes de laboratorio como glucemia, enzimas hepáticas, cuadro hemático, etc.

b. Mantener las concentraciones de glucosa sanguínea en valores normales mediante los esquemas móviles de insulina.

c. Valorar el estado de las proteínas séricas del paciente, a fin de establecer requerimientos proteicos para ajustar los soportes parenterales y así mantener la presión oncótica y la energía celular.

d. En pacientes con hipertermia, valorar la temperatura del paciente y tomar acciones directas en su disminución, utilizando medios físicos corporales y administrando medicamentos requeridos.

e. Analizar la respuesta a la administración de la antibioticoterapia prescrita a través de la disminución de la temperatura, disminución de la respuesta inflamatoria y mejoría del estado metabólico del paciente.

f. Tomar laboratorios clínicos, hemocultivos, rastreo de hongos, valorando sus resultados para correlacionarlos con la respuesta a los antibióticos.

Además de planear acciones para solucionar los problemas hasta ahora mencionados, la enfermera debe identificar no sólo los pacientes que cursan con shock séptico, sino también aquellos que se encuentran en riesgo de padecerlo, por las infecciones cruzadas que se pueden presentar en las UCI. Las principales acciones preventivas que se deben tener en cuenta son el lavado permanente de manos, la utilización de medidas asépticas y el uso de barreras de aislamiento, que disminuyan la proliferación de microorganismos patógenos. Como se ha visto, la priorización de los cuidados de enfermería está basada en una valoración pertinente de las fases o etapas por las que atraviesa el paciente en situación de shock séptico.

Los cuidados se especializan a partir de algunos componentes fisiológicos, psicológicos y bioquímicos que, al ser reconocidos por el profesional de enfermería, le amplían su visión para el análisis situacional. Ello le permite proponer actuaciones acordes con las necesidades instauradas y la individualidad del sujeto de atención. El estado de los pacientes críticos, específicamente en shock séptico, desencadena situaciones que contribuyen a generar un nuevo rol de enfermería, donde se participa en la toma de decisiones conjuntas para orientar el tratamiento. Aquí el pensamiento crítico y analítico se torna indispensable para planear y ejecutar procedimientos de tipo técnico y terapéutico.

En este nuevo rol, la enfermera propone el cuidado a partir de la profesionalización y el desarrollo de su liderazgo, lo cual genera una participación activa. El conocimiento científico y la humanización en el cuidado de enfermería que se brinda a estas personas contribuyen con la pronta recuperación y con la inserción de estos nuevamente en su rol de vida.

CAPITULO V. SUGERENCIAS Y PROPUESTAS

5.1 SUGERENCIAS

Mucho se sabe y se ha aprendido del choque séptico en las últimas décadas, por lo pronto existen guías y recomendaciones que se actualizan constantemente para incrementar la supervivencia de los pacientes con choque séptico, y es nuestra obligación y compromiso mantenernos actualizados y ser objetivos y prácticos en la utilización de la información. Hasta estos momentos existen procedimientos estandarizados que debemos realizar de forma pronta y efectiva, que en general son los siguientes:

- Identificar a los pacientes con sepsis.
- Tomar hemocultivos y cultivos de sitios potencialmente infectados en la primera hora de admisión y efectuar estudios de imagen para comprobar el foco infeccioso.
- Iniciar la administración de antibióticos empíricos de forma temprana y ajustar la terapia según los resultados posteriores de los cultivos realizados.
- Asegurar un gasto urinario mayor a 0.5 mL/kg/h.
- Mantener presión arterial media mayor de 65 mmHg.
- En pacientes hipertensos, asegurar una adecuada perfusión, manteniendo metas de presión arterial media entre 80 y 85 mmHg.
- Medir y normalizar el lactato como meta. Recordar que lactato elevado es igual a hipoperfusión.
- Medir SVO₂; menos de 70% es dato de hipoperfusión.
- Iniciar terapia hídrica adecuada con 30 mL/kg y vasopresores en pacientes hipotensos e hipoperfundidos.

- No utilizar de rutina la presión venosa central como indicador de deficiencia o sobrecarga de volumen.
- Familiarizarse con las técnicas y utilizar pruebas dinámicas mínimamente invasivas.

5.2. PROPUESTAS

Antes de finalizar sugerimos algunas recomendaciones en base a los resultados que se obtuvieron en la presente investigación tomando en cuenta que La sepsis y el shock séptico son un problema de salud pública de importancia ya que afecta a miles de personas a nivel mundial considerándola una de las principales causas de muerte intrahospitalaria y con un elevado índice de mortalidad.

- En los pacientes sospechoso de shock séptico es recomendable realizar hemocultivos para iniciar tratamiento antimicrobiano con mayor certeza.
- En presencia de shock séptico, cada hora de retraso está asociada con un aumento de la mortalidad. Por esa misma razón es recomendable iniciar tratamiento antimicrobiano de manera intravenosa lo antes posible.
- Al iniciar el tratamiento el personal sanitario debe de tomar en cuenta los posibles riesgos de resistencia bacteriana.
- Capacitación al personal de salud en las medidas del control de foco infeccioso.
- Llevar a cabo control y vigilancia epidemiológica de las infecciones.

5.3. CONCLUSIÓN

En el transcurso de esta investigación al conocer profundamente todo acerca del shock séptico, se comprobó cada una de sus causas, se debe principalmente a la mala práctica en el manejo de pacientes con infecciones y a la poca atención que existe hacia los pacientes por parte del personal de salud (médico y enfermeras) puesto que los pacientes requieren cuidados de calidad y calidez, especializados.

De igual manera fue satisfactoriamente cumplir el objetivo general “dar a conocer los cuidados previos de enfermería para evitar la ocurrencia de un shock séptico” a lo largo de la investigación logramos desarrollar muy bien cada uno de los cuidados previos haciendo de ellos un manual en el manejo previo de pacientes con patologías que puedan desencadenar shock séptico.

Se comprobó cada una de las causas que conllevan a dicha patología, exponiendo lo básico, hasta la complejidad del choque, es decir desde el foco de infección.

Logramos identificar las malas prácticas, que realizamos en las intervenciones con pacientes que tienen riesgos de infección, o que se encuentran expuestos ante un padecimiento previo a una infección.

Los objetivos fueron favorablemente cumplidos, en el tiempo establecido.

Nos enfocamos de igual manera en nuestra hipótesis donde comprobamos que la contribución del personal de salud hacia el usuario no está apegado al manejo estricto de las técnicas sépticas, en los procedimientos de monitoreo y cuidados que se realizan a cada uno de nuestros pacientes.

De acuerdo con la investigación que se llevó a cabo en el tiempo prolongado, se obtuvo que el 38% de la población son diagnosticados con etapas evolutivas por shock séptico, sobre dicho estudio se obtuvo que existen factores de riesgo en cada uno de los pacientes y dichos factores son más frecuentes a contraer shock séptico. Fuera de la relación de cuidados que se manejan en cada uno de ellos.

Por ello es necesario establecer programas específicos de vigilancia para mejorar las intervenciones y reducir el riesgo de infecciones que desencadenan shock séptico.

BIBLIOGRAFÍA

- B, M. F. (Octubre de 2006). *Elsevier*. Obtenido de Revisión de conocimientos para cuidar a pacientes con sepsis severa: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-revision-conocimientos-cuidar-pacientes-con-13095681>
- Beatriz, G. G., & JP, S. L. (2017). Choqué Séptico. Lo qué sabíamos y debemos saber. *Med Méx*, 381-391.
- Belisario, C. H. (2018). Incidencias y caracterpisticas clínicas epidemiológicas relacionadas a mortalidad de sepsis. Arequipa, Perú.
- Contrin LM, P. V. (2013). *Calidad de vida de sobrevivientes de sepsis grave después del alta hospitalaria*. Enfermagem.
- Empendium*. (2018). Obtenido de <https://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.II.18.7>.
- ESPER, R. C. (2013/ 2014). *SEPSIS, DE LAS MASAS MOLECULARES*. MEXICO, DF: INTERSISTEMAS, S.A DE C.V.
- Esper, R. C., Pérez, C. A., & García, J. O. (2014). *Sepsis de las basas moleculares a la campaña para incrementar la supervivencia*. México.
- Herrejon, E. P. (2006). *Epidemiologia de la sépsis*. REMI.
- LD, C. E. (2009). Estudio Epidemiologico de la sepsis en unidades de terapia intensiva mexicanas. *Cir Cirujano*, 77.
- Maggio, P. M. (Febrero de 2018). *MANUAL MSD*. Obtenido de Sepsis y Shock Séptico: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/cuidados-cr%C3%ADticos/sepsis-y-shock-s%C3%A9ptico/sepsis-y-shock-s%C3%A9ptico>
- Martines S, G., Yarmuch G, J., Romero P, C., & Bárbara, C. M. (2019). *Sepsis en Cirugía*. Santiago, Chile.
- Pérez, C. d., & Fonseca, M. A. (s.f.). Obtenido de <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/sepsis.pdf>
- Rodriguez Rivera, M. R., Quiñonez, M. A., & Martínez Schweinfurth, R. A. (2016). *Medigraphic*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2016/ti163k.pdf>
- Sanchez, E. N. (2016). Sepsis y sus definiciones. *Scielo.Perú*.
- Sánchez, F. V., & Cano, A. G. (Abril de 2005). *Medicina intensiva*. Obtenido de <https://www.medintensiva.org/es-shock-septico-articulo-13074192>

Sarmiento, R. A., & Rodriguez, G. G. (2004). Shock séptico: Un reto terapéutico de siempre. *Scielo*.

Torres, M. O., Pfeiffer, C. M., Perez, L. d., & Areola, G. F. (2010). Caracterización epidemiológica de la sepsis en el Hospital General de San Cristóbal de Las Casas. *CENIC*, 1-10.