



Asesorías y Tutorías para la Investigación Científica en la Educación Puig-Salabarría S.C.
José María Pino Suárez 400-2 esq a Lerdo de Tejada, Toluca, Estado de México. 7223898475
 RFC: ATI120618V12

Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.

<http://www.dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/>

Año: XI Número: 1. Artículo no.:153 Período: 1ro de septiembre al 31 de diciembre del 2023

TÍTULO: Intervención de enfermería a paciente con Sepsis de origen abdominal más Síndrome de Cushing Iatrogénico.

AUTORA:

1. Lic. Diana Vannesa Delgado Casimiro.

RESUMEN: La sepsis es una condición que se genera por una respuesta inapropiada del organismo frente a una infección dando lugar a la falla multiorgánica, empeorando así el estado hemodinámico del paciente y que aunado a esto compromete su vida en el área crítica; siendo así un grave problema de salud con un alto índice de mortalidad. Es importante mencionar, que la población susceptible ante esta condición es aquella que padece enfermedades crónico-degenerativas, y que por ende, no mantiene un control adecuado, agravando su situación clínica; representando así un paciente con ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos en el que será necesaria la atención constante a través de las intervenciones del profesional de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos.

PALABRAS CLAVES: atención de enfermería, sepsis, choque séptico, síndrome de Cushing.

TITLE: Nursing intervention to a patient with Sepsis of abdominal origin plus Iatrogenic Cushing's Syndrome.

AUTHOR:

1. Lic. Diana Vannesa Delgado Casimiro.

ABSTRACT: Sepsis is a condition that is generated by an inappropriate response of the organism against an infection, giving rise to multi-organ failure, thus worsening the hemodynamic state of the patient and that, together with this, compromises his life in the critical area; thus, being a serious health problem with a high mortality rate. It is important to mention that the population susceptible to this condition is one that suffers from chronic-degenerative diseases, and therefore does not maintain adequate control, aggravating their clinical situation; thus, representing a patient admitted to the Intensive Care Unit in which constant attention will be necessary through the interventions of the nursing professional in the Intensive Care Unit.

KEY WORDS: nursing care, sepsis, septic shock, Cushing's syndrome.

INTRODUCCIÓN.

En México, las enfermedades que representan a la gran mayoría de la población son las afecciones crónico degenerativas (diabetes e hipertensión arterial), debido a su origen multifactorial, por lo que se convierten en pacientes susceptibles a desarrollar condiciones y/o enfermedades que agravan aún más su estado de salud; ante esto, es importante mencionar, que la situación es alarmante cuando no existe un debido control en base al tratamiento farmacológico y cambio de estilo de vida, por lo que al momento de presentar alteraciones en el estado hemodinámico comienza el ingreso a las Unidades de Cuidados Intensivos, y por ende, son pacientes propensos a las infecciones debido a su inmunodeficiencia hasta el grado de aumentar la tasa de mortalidad.

El profesional de enfermería es pieza clave en las Unidades Críticas, ya que brindan cuidados altamente especializados ante las diversas situaciones clínicas a las que se enfrenta, por lo que demanda su conocimiento, juicio crítico, habilidades, actitudes y aptitudes que implican una toma de decisión eficaz para la pronta resolución clínica. Todo esto lo lleva a cabo de forma sistematizada a través del Proceso de Atención de Enfermería, logrando intervenir a través de sus cuidados de una forma racional y lógica.

En el presente caso clínico se integran los datos clínicos de un paciente masculino de 50 años, quién ingresa a una institución de segundo nivel, siendo sus principales patologías: sepsis de origen abdominal y Síndrome de Cushing Iatrogénico, identificando las principales áreas de intervención requeridas por el paciente, sin olvidar que enfermería abarca un cuidado holístico, interesándose incluso por aquellas necesidades que no son tratadas de forma médica. Se describe el caso, integrando signos y características importantes por aparatos y sistemas, para posteriormente integrar el plan de cuidados con base en los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon.

DESARROLLO.

Caso clínico.

Paciente masculino de 50 años, quién se encuentra en un Hospital General del Estado de México (segundo nivel), que ingresa el día 14/05/2023 al servicio de Urgencias y actualmente internado en Terapia Intermedia Adultos.

Antecedentes.

Hay presencia de antecedentes heredofamiliares: hipertensión arterial (madre) y cáncer de próstata (padre), religión católica, estado civil casado, ocupación conductor de Uber, escolaridad secundaria, refiere contar con inmunización de COVID-19 (3 dosis), baño diario, niega: etilismo, tabaquismo, drogas y toxicomanía. Habita casa en propia construida con material perdurable, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios y no existe convivencia con animales domésticos.

El paciente refiere en sus antecedentes personales patológicos diabetes con 2 años de evolución sin manejo farmacológico, portador de lupus eritematoso desde hace 15 años en manejo con Prednisona suspendida hace 9 años, artritis reumatoide en manejo con Indometacina, colecistectomía hace 3 años, y fístula colovesical.

Padecimiento actual.

Refiere inicio de hace tres días con náusea, llegando al vómito, que posteriormente se acompañó de evacuaciones diarreicas con dolor abdominal tipo cólico en cuadrante inferior izquierdo y presencia de disnea, motivos por los cuáles acude a la unidad hospitalaria.

Exploración Física.

Es un paciente con peso de 110kg, talla de 1.70mts, quien al momento presenta las siguientes constantes vitales: T/A de 100/80, temperatura 36.3°C, frecuencia cardíaca 96 lpm, frecuencia respiratoria 26 rpm, saturación de oxígeno 90% O₂, y glucometría capilar 373mg/dL.

El paciente está orientado, cooperador con Glasgow de 15 puntos neurológicamente e íntegro en espacio y tiempo, facies y aspecto de Cushing, pupilas simétricas de 2mm de diámetro, eritema en mejillas en ala de mariposa, mucosa oral hidratada, tórax normolíneo con presencia de ginecomastia bilateral secundario a ingesta de esteroides, abdomen globoso secundario a tejido adiposo y marco cólico a la palpación datos de abdomen agudo con hiperbaralgia.

Durante su estancia, el abordaje quirúrgico que se llevó a cabo fue lo siguiente: Resección de colon sigmoides con Colostomía (16/05/23) y Aseo quirúrgico más cierre de pared abdominal (19/05/23), por lo que durante el transoperatorio presenta datos clínicos y paraclínico de SIRA (presencia de estertores), decidiendo así ese mismo día su ingreso a Terapia Intermedia.

Se encuentra hospitalizado en Unidad de Terapia Intermedia Adultos (fecha de ingreso:19/05/23), bajo aislamiento por contacto E. Coli Blee +, encontrándose actualmente con los siguientes diagnósticos:

- Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda Severa.
 - Estatus de ventilación mecánica invasiva (19/05/23).
- PO LAPE + Resección intestinal + drenaje de absceso +Colostomía +Aseo quirúrgico + Cierre de cavidad secundario a Sepsis Abdominal.
 - Diverticulitis Hinchey IV.

- Infección de vías urinarias adquirida en la comunidad por E. Coli BLEE en tratamiento.
- Lupus Eritematoso Sistémico.
 - Síndrome de Cushing Iatrogénico.
- Síndrome metabólico.
 - Diabetes mellitus tipo 2 en descontrol.
 - Hipertensión Arterial Sistémica en descontrol.
 - Obesidad grado II.
- Lesión renal aguda AKIN II (TFG44ml/min/1.73m2).
- Desequilibrio hidroelectrolítico de tipo Hipocalcemia moderada.

El paciente se encuentra actualmente con manejo del SIRA severo secundario a sepsis abdominal, misma que se desencadenó por Diverticulitis Hinchey IV, y asimismo, establecimiento de manejo de parámetros ventilatorios de protección alveolar ajustados para pacientes con SIRA (PEEP +10). También se encuentra con indicación de antibioticoterapia con carbapenémico (Meropenem) y antifúngico (Caspofungina) en vigilancia de desequilibrios hidroelectrolíticos secundario a estatus de Colostomía y vigilancia de estado metabólico por estado de choque séptico con manejo de esteroide, mismo que se desescalará gradualmente, debido al desarrollo del Sx. de Cushing Iatrogénico por consumo descontrolado de esteroides, desencadenando la Diabetes Mellitus, y debido al estado de sepsis y administración de esteroide conllevará a hiperglucemias para lo cual se establece esquema de IAR.

Definiciones.

Sepsis. Es un síndrome clínico caracterizado por una respuesta inflamatoria sistémica desencadenada por un proceso infeccioso SRIS, provocando un daño tisular, generando y creando una cadena de eventos que incrementa y generaliza aún más dicho daño tisular y disfunción de órganos, que potencialmente es letal. Sepsis = SRIS + Evidencia o sospecha clínica de infección (Vera, 2019).

La sepsis y el shock séptico son el resultado de una respuesta inadecuada del huésped a una infección, lo que produce disfunción orgánica. La progresión de esta afección se manifiesta por la aparición de estadios clínicos sucesivos, derivados de la respuesta inflamatoria sistémica secundaria a la activación de diferentes mediadores inflamatorios que conducen a la disfunción orgánica (Chiscano, Plata, Ruiz y Ferrer, 2022).

La sepsis es un síndrome complejo, difícil de diagnosticar y tratar, inducido por un proceso infeccioso, y que presenta una elevada morbimortalidad, especialmente cuando se asocia a disfunción orgánica y/o shock y no se trata de manera precoz. La sepsis es uno de los motivos más frecuentes de ingreso en el hospital y en las unidades de cuidados intensivos, y a menudo complica el curso de otros procesos. Su letalidad es del 10%; mayor que la delictus, el infarto agudo del miocardio o el trauma grave, y aumenta hasta el 40% cuando se produce shock séptico (Sánchez y Mata, 2018).

Shock Séptico.

Hay hipotensión inducida por sepsis que persiste a pesar de la reanimación adecuada con fluidos y en ausencia de otras causas. Los pacientes con shock séptico pueden identificarse con hipotensión persistente que requiere vasopresores para mantener $PAM \geq 65 \text{ mmHg}$ y tener un nivel de lactato sérico $> 2 \text{ mmol/L}$ (18mg/dl) a pesar de la reanimación volumétrica adecuada (Vera, 2019).

El shock séptico (SS) es una complicación frecuentemente asociada a la sepsis con una mortalidad elevada. El inicio precoz del tratamiento vasopresor, incluso antes de finalizar la resucitación inicial con fluidos, es un factor determinante del pronóstico. En este sentido, la noradrenalina (NA) continúa siendo el fármaco de primera elección, si bien cada vez existe mayor evidencia del beneficio de la asociación a esta de otros fármacos no adrenérgicos, como vasopresina. La fisiopatología del SS es multifactorial, y en ocasiones se asocia una situación de disfunción miocárdica, que contribuye a la inestabilidad hemodinámica (Andaluz, Cantón, Pey y Garnacho, 2022).

Sepsis abdominal.

La sepsis abdominal es la respuesta sistémica a un proceso infeccioso inicialmente localizado en los órganos de la cavidad abdominal, incluidos el epiplón y peritoneo, representa la respuesta inflamatoria peritoneal o visceral no específica del hospedero ante la invasión microbiana. La mayoría de los casos de sepsis intraabdominal incluye la participación de flora gastrointestinal del hospedero. La *Escherichia coli* se reporta hasta en 56.7% de los cultivos biopsia transquirúrgicos, seguido de *A. streptococci* 25%, *B. fragilis* 22.8% y otros (Gorordo, Pérez, Porras y Altamirano, 2015).

El shock séptico de origen abdominal se manifiesta con un cuadro clínico caracterizado por la respuesta del huésped como consecuencia de la presencia de microorganismos o toxinas provenientes de un foco infeccioso localizado en la cavidad abdominal de extrema gravedad y con peligrosas consecuencias como el shock séptico y la falla multiorgánica (Macas, Adrián, Aguilera y García, 2021).

Síndrome de Cushing Iatrogénico.

El síndrome de Cushing (SC) es un estado de hipercortisolismo que resulta de la exposición crónica a niveles séricos elevados de glucocorticoides exógenos por causas iatrogénicas cuando los glucocorticoides son utilizados como terapia antiinflamatoria por tiempo prolongado y endógeno por una neoplasia que secreta hormona adrenocorticotropina (ACTH) o una secreción autónoma de cortisol de una neoplasia suprarrenal benigna o maligna.

Las manifestaciones clínicas son variables y difieren en severidad, dependiendo del grado y la duración del hipercortisolismo. La obesidad central constituye la manifestación más común y a menudo es el signo inicial (Mamani, Chura, Alejo, Loza y Fernández, 2021).

Este síndrome es una afectación que se considera poco frecuente y que se presenta por lo general a los 25 y 40 años, siendo más común en mujeres, tomando en consideración que el cortisol es un tipo de hormona glucocorticoide producida por las dos glándulas suprarrenales, y que las glándulas suprarrenales son pequeños órganos que se ubican sobre los riñones; cuando hay exceso de ésta

hormona, se considera que el paciente presenta síndrome Cushing, lo cual se debe muy probablemente al exceso en la ingesta de drogas corticosteroides como la prednisona (síndrome de Cushing exógeno), o si el organismo produce demasiado cortisol, en este caso recibe el nombre de Síndrome de Cushing Endógeno (Barrera, Ratti, Campoverde y Cárdenas, 2020).

Valoración.

La valoración de enfermería al paciente se realiza a través de los patrones funcionales de Marjory Gordon, y se describen a continuación los prioritarios y que comprometen el estado de salud:

Patrón 2. Nutricional-metabólico.

Palidez de tegumentos, cifras de glucometría entre 165mg/dL y 234mg/dL con esquema de Insulina de Acción Rápida de rescate (2-4UI), actualmente en ayuno con sonda nasogástrica a derivación.

Patrón 3. Eliminación.

Presencia de evacuaciones en las últimas 24 horas, presencia de E. coli BLEE Positivo, Creatinina de 0.65 mg/dL, BUN 18 mg/dL y Urea 83.5 mg/dL, Gasto de colostomía (80cc), Penrose con gasto seroso (20cc), sonda Foley con volumen urinario de 3455cc en 24 horas.

Patrón 4. Actividad-ejercicio.

Ventilación mecánica asistida controlada/control de volumen (FiO2 35%, FR 26, VC 420, PEEP 6-8), y los últimos datos recientes de gasometría son: pH 7.50, PCO2 39, PO2 39, HCO3 30.7 con una saturación del 95%.

Proceso de Atención de Enfermería.***Intervenciones de enfermería a patrón Nutricional-Metabólico.***

Diagnóstico enfermero: <i>Nutrición desequilibrada:</i> menos que los requisitos corporales relacionada con suministro inadecuado manifestado por ingesta de alimentos inferior a la cantidad diaria, hipotonía muscular y membranas mucosas pálidas (NANDA, 2021).	
Resultado NOC. (Moorhead, et. al., 2018)	Indicadores
Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos: Puntuación actual: 2 Puntuación diana: 3 Tiempo previsto: durante la estancia.	-Ingestión alimentaria por sonda. <i>Valor escala: 2. Moderadamente adecuado.</i> -Administración de líquidos intravenosos. <i>Valor escala: 2. Moderadamente adecuado.</i>
Severidad de la hiperglucemia Puntuación actual: 2 Puntuación diana: 3 Tiempo previsto: durante la estancia.	-Infecciones por hongos. <i>Valor escala: 2. Sustancial</i> -Alteraciones electrolíticas. <i>Valor escala: 2. Sustancial</i> -Glucemia elevada. <i>Valor escala: 2. Sustancial</i>
Intervenciones NIC (Bulechek, et, al., 2018)	
Manejo de la nutrición	-Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales. -Administrar medicamentos antes de la dieta enteral.
Alimentación enteral por sonda	-Antes de cada alimentación intermitente comprobar si hay residuos.
Aislamiento	- Ayudar con las necesidades relacionadas con la nutrición, eliminación, hidratación e higiene personal.
Manejo de la hiperglucemia	- Vigilar glicemia. - Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia (polifagia, debilidad, malestar). - Administrar insulina según prescripción. - Identificar las causas posibles de hiperglucemia.
Administración de medicación: subcutánea	- Preparar correctamente la dosis. -Alternar sistemáticamente los lugares de inyección de insulina.

EVALUACIÓN: Debido al estado de sepsis y administración de esteroide desencadenará hiperglucemias en el paciente, por lo cuál es importante mantener un estricto control de los niveles, y desde luego, es muy importante la vigilancia del estado metabólico y nutricional.

Intervenciones de enfermería a patrón Eliminación e Intercambio.

Diagnóstico enfermero: *Eliminación urinaria alterada*, relacionado con micción frecuente manifestada por poliuria (NANDA, 2021).

Resultado NOC. (Moorhead, et. al., 2018)

Indicadores

Función renal:
Puntuación actual: 1
Puntuación diana: 3
Tiempo previsto: durante la estancia.

- Diuresis en 8 horas. Valor escala: 1. Gravemente comprometido.
- Balance de ingesta y diuresis en 24 horas. *Valor escala:* 1. Gravemente comprometido.
- Color de la orina. *Valor escala:* 2. Sustancialmente comprometido.

Intervenciones NIC (Bulechek, et, al., 2018).

Manejo de líquidos/electrolitos.

- Monitorizar los cambios del estado respiratorio o cardíaco que indiquen una sobrecarga de líquidos o deshidratación.
- Monitorizar la presencia de signos y síntomas de empeoramiento de la hiperhidratación (poliuria/oliguria y/o ojos edematosos).
- Vigilar los resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos (aumento de la gravedad específica, aumento de BUN, disminución de hematocrito y aumento de los niveles de osmolaridad urinaria).
- Monitorizar el estado hemodinámico, incluidos los niveles de PVC, PAM, PAP y PECP, según disponibilidad.

EVALUACIÓN: El control de líquidos mejorará el estado de balance hídrico del paciente, así como también es importante cuantificar el gasto, vigilar el estatus de la colostomía, y reducir infecciones aunadas a la atención, logrando una menor tasa de morbimortalidad.

Intervenciones de enfermería a patrón actividad-ejercicio.

Diagnóstico enfermero: <i>Ventilación espontánea deteriorada</i> , relacionada con asistencia ventilatoria mecánica, disminución del volumen corriente manifestado por fatiga de los músculos respiratorios (NANDA, 2021).	
Resultado NOC. (Moorhead, et. al., 2018)	Indicadores
<p>Respuesta de la ventilación mecánica: adulto</p> <p>Puntuación actual: 1</p> <p>Puntuación diana: 2</p> <p>Tiempo previsto: durante la estancia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Volumen corriente pulmonar. <i>Valor escala:</i> 2. Desviación sustancial del rango normal. - Capacidad vital. <i>Valor escala:</i> 1. Desviación grave del rango normal. - Fracción de oxígeno inspirado (FiO₂) satisface la demanda de oxígeno. <i>Valor escala:</i> 1. Desviación grave del rango normal. - Ph arterial. <i>Valor escala:</i> 2. Sustancialmente comprometido
<p>Severidad de la infección:</p> <p>Puntuación actual: 2</p> <p>Puntuación diana: 3</p> <p>Tiempo previsto: durante la estancia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Inestabilidad de la temperatura. <i>Valor escala:</i> 2. Sustancial. - Colonización del urocultivo. <i>Valor escala:</i> 2. Sustancial. - Aumento de leucocitos. <i>Valor escala:</i> 3. Moderada.
<p>Severidad del shock: séptico.</p> <p>Puntuación actual: 1</p> <p>Puntuación diana: 2</p> <p>Tiempo previsto: durante la estancia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Palidez. <i>Valor escala:</i> 3. Moderada. - Disminución de la diuresis. <i>Valor escala:</i> 2. Sustancial - Disminución del nivel de conciencia. <i>Valor escala:</i> 3. Moderada
<p>Estado inmune</p> <p>Puntuación actual: 1</p> <p>Puntuación diana: 2</p> <p>Tiempo previsto: durante la estancia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estado gastrointestinal <i>Valor escala:</i> 1. Gravemente comprometido - Estado respiratorio <i>Valor escala:</i> 1. Gravemente comprometido - Estado genitourinario <i>Valor escala:</i> 2. Sustancialmente comprometido. - Temperatura corporal <i>Valor escala:</i> 2. Sustancialmente comprometido. - Recuento leucocitario

	Valor escala: 1. Gravemente comprometido.
<p>Perfusión tisular: órganos abdominales</p> <p>Puntuación actual: 1</p> <p>Puntuación diana: 2</p> <p>Tiempo previsto: durante la estancia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presión sanguínea diastólica <i>Valor escala: 1. Desviación grave del rango normal</i> - Presión sanguínea sistólica <i>Valor escala: 1. Desviación grave del rango normal</i> - Presión arterial media <i>Valor escala: 1. Desviación grave del rango normal</i> - Equilibrio electrolítico y ácido base <i>Valor escala: 2. Desviación grave del rango normal</i>
Intervenciones NIC (Bulechek, et, al., 2018)	
<p>Manejo de la ventilación mecánica invasiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comprobar de forma rutinaria los ajustes del ventilador, incluida la temperatura, la humidificación del aire inspirado. - Controlar las actividades que aumentan el consumo de O₂ (fiebre, dolor o actividades de enfermería) que puedan desbordar los ajustes del soporte ventilatorio y causar una desaturación de O₂. - Controlar los factores que aumentan el trabajo respiratorio paciente/ventilador (obesidad mórbida, tubo endotraqueal mordido, condensación en los tubos del ventilador, filtros obstruidos). - Monitorizar el grado de cortocircuito, capacidad vital, Vd/Vt, VVM, fuerza inspiratoria y VEMS para determinar si el paciente está listo para el destete de la ventilación mecánica. - Realizar lavado de manos/usar precauciones universales. - Proporcionar sedación según corresponda.
<p>Aspiración de las vías aéreas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hiperoxigenar con oxígeno al 100%, durante al menos 30seg. mediante la utilización del ventilador. - Hiperinsuflar con niveles de volumen corriente ajustados al tamaño del paciente. - Utilizar aspiración de sistema cerrado.

	<ul style="list-style-type: none"> - Seleccionar una sonda de aspiración que sea la mitad del diámetro interior del tubo endotraqueal, cánula de traqueostomía o vía aérea del paciente. - Detener la aspiración traqueal y suministrar oxígeno suplementario si el paciente experimenta bradicardia.
Regulación hemodinámica.	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar una evaluación exhaustiva del estado hemodinámico (comprobar la presión arterial, pvc, presión arterial pulmonar), según corresponda. - Reconocer la presencia de signos y síntomas precoces de alerta indicativos de un compromiso del sistema hemodinámico (edema). - Determinar el estado de volumen (si el paciente presenta hipervolemia, hipovolemia o normovolemia). - Observar los pulsos periféricos, el relleno capilar y la temperatura y el color de las extremidades. - Monitorizar los niveles de electrolitos. - Mantener el equilibrio de líquidos administrando líquidos i.v o diuréticos, según el caso.
Cuidados de las heridas: drenaje.	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar la presencia de signos de infección, inflamación y molestias alrededor del drenaje. - Registrar e volumen y las características del drenaje (color, consistencia y olor) - Inspeccionar la zona alrededor del sitio de inserción del tubo para ver si hay enrojecimiento y rotura de la piel. - Administrar cuidados de la piel y cambios del apósito en el sitio de inserción, según corresponda.
<p>EVALUACIÓN: De acuerdo con las intervenciones que se llevan a cabo, el objetivo principal será seguir conservando el intercambio gaseoso para complementar el trabajo respiratorio del paciente, así como también en conjunto aquellos cuidados que mejorarán el estado hemodinámico del paciente.</p>	

CONCLUSIONES.

La sepsis es una afección mortal en conjunto con más patologías, que condicionan al paciente en su deterioro de su estado hemodinámico y asociándose más a un mayor riesgo de muerte intrahospitalaria.

Mediante la elaboración y presentación del proceso de enfermería basado en fundamentación científica y evidencia, se propone el manejo del paciente, basándose en lograr los objetivos hemodinámicos para contribuir en una recuperación gradual.

De acuerdo con la bibliografía que se indagó sobre la condición clínica de la sepsis y con el paciente antes descrito, se vuelve un caso complejo en el que lamentablemente no se pueden solucionar sus datos y afecciones que son irreversibles, por lo que se le da seguimiento a su tratamiento en base a la vigilancia de su estado hemodinámico de acuerdo con las intervenciones de enfermería que se le proporcionaron durante su lapso hospitalario; sin embargo, se mantiene con un pronóstico reservado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Andaluz, D., Cantón, M.L., Pey, C. & Garnacho, J. (2022). Fármacos vasoactivos en el tratamiento del shock séptico. *Medicina Intensiva*, 46 (S1), 26-37. DOI: 10.1016/j.medin.2022.03.001
2. Barrera, N.A., Ratti, A.I., Campoverde, H.M. & Cárdenas, C. (2020). Tratamiento del síndrome de cushing iatrogénico: cuestiones de abstinencia de glucocorticoides. *RECIAMUC*, 4(4), 170-179. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.\(4\).noviembre.2020.170-179](https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.(4).noviembre.2020.170-179)
3. Bulechek G.M, Butcher H.K, Dochternam J.M, Wagner C.M. (2018). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 7a ed. Barcelona: Elsevier España.
4. Chiscano, L., Plata, E., Ruiza, J.C & Ferrer, R. (2022) Fisiopatología del shock séptico. *Medicina Intensiva*, 46 (S1), 1-13. DOI: 10.1016/j.medin.2022.03.017

5. Gorordo, L.A., Pérez, O., Porras, O., & Altamirano, C. (2015) Sepsis abdominal: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. *Revista Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo*, 4 (3), 110-117. https://www.researchgate.net/publication/329998956_Sepsis_abdominal_fisiopatologia_diagnostico_y_tratamiento
6. Macas, J.A., Adrián, A.J., Aguilera, J. & García, M. (2021). Shock séptico foco abdominal secundario a colangitis caso clínico en Hospital Clínica San Francisco. *RECIAMUC*, 5(4), 334-342. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.\(4\).noviembre.2021.334-342](https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.(4).noviembre.2021.334-342)
7. Mamani, L.K., Chura, S., Alejo, H.J., Loza, M.G. & Fernández, G. F. (2021). Síndrome de Cushing por consumo excesivo de corticoesteroides. *Current Opinion Nursing & Research*, 3(1), 16-25. <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/314/3142383005/index.html>
8. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. (2018). Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 6a ed. Barcelona: Elsevier España.
9. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2021-2023. 12a ed. Barcelona: Elsevier España; 2021.
10. Sánchez, A., & Mata, A. (2018). Sepsis. *Clínica Universidad de Navarra*, 271-286. <https://www.cun.es/dam/cun/archivos/pdf/publicaciones-cun/urgencias/guia-actuacion-sepsis>
11. Vera, O. (2019). Sepsis y shock séptico. *Cuadernos del Hospital Clínico*, 60 (1), 61-71. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762019000300010&lang=es

DATOS DEL AUTOR.

1. Diana Vannesa Delgado Casimiro. Licenciada en Enfermería y estudiante de la Maestría en Cuidados Críticos. Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Autónoma del Estado de México. México. Correo electrónico: dvdc_07@hotmail.com

RECIBIDO: 29 de junio del 2023.

APROBADO: 4 de agosto del 2023.