



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

CARRERA DE ENFERMERÍA

**Dimensión Práctico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado
académico de Licenciado(a) en Enfermería**

TEMA

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE ADOLESCENTE DE 16
AÑOS CON SHOCK HIPOVOLEMICO.**

AUTOR

JESSICA PUERO MEDINA

TUTOR

DR. DARROMAN CONSTANTINO

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2019 - 2020

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TITULO DEL CASO CLINICO	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT.....	V
INTRODUCCION	VI
I. MARCO TEORICO.....	1
1.1JUSTIFICACIÓN.....	7
1.2 OBJETIVOS.....	8
1.2.1 OBJETIVO GENERAL	8
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
1.3 DATOS GENERALES	9
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO	100
2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.	100
2.2 PRINCIPALES DATOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL. (ANAMNESIS).	100
2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)	111
VALORACION CÉFALO-CAUDAL.....	111
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES (M. GORDON).	112
2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	144
2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.	166
2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....	167
2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE LA SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.	18
2.8 SEGUIMIENTO	18
2.9 OBSERVACIONES.....	20
CONCLUSION	211
REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS	
ANEXOS	

DEDICATORIA

Se lo dedico a dios por todas sus bendiciones y por darme sabiduría para seguir adelante, a mis padres que con sus esfuerzos me apoyaron y animaron a terminar mi carrera al resto de mi familia y amigos por su sincera amistad y solidaridad.

También se lo dedico a mi tutor el doctor Darroman Constantino quien con su sabiduría me guio a realizar con éxito mi caso clinico, también se lo dedico a todos mis docente con quienes tuve el grato honor de conocer y de haber sido su alumna sobre todo de haber recibido de ellos sus conocimientos los mismos que me han servido de mucho para forjarme como una gran profesional.

A la universidad técnica de Babahoyo, facultad de ciencias de salud, escuela de enfermería y al personal administrativo por haberme abiertos las puertas de esta institución y haberme dejado ser parte de ustedes.

JESSICA PUERO MEDINA

AGRADECIMIENTO

Estoy muy agradecida con dios por darme día a día la grandeza de vivir, a mi mama Magali medina, a mi papa Washington puero y hermanos carolina y Sebastián puero por el apoyo incondicional y la fe que tuvieron en mi muchísimas gracias por todo familia los amo.

A mi esposo Alexis Guamán que aunque haya estado en la etapa final de mi carrera estuvo en la etapa más dura y la más importante en la cual necesite aún mucho más apoyo y a mi hijita Magaly Georgina que fue mi fortaleza mi musa de inspiración a la familia de mi esposo sobre todo mis cuñadas que con sus consejos y ejemplo de superación me inspiraron aún mucho más a terminar lo que como sueño empezó un día, hoy se está haciendo realidad.

Agradezco también a la licenciada Alexandra palacios quien fue para mí la licenciada nº1 quien influyo mucho en mí, y en la decisión que tome, gracias licenciada porque sin sus consejos y entusiasmo no hubiese conocido lo bello y lo grato que es servir a tu prójimo y amarlo como a ti mismo porque “el que no vive para servir no sirve para vivir”

También agradezco todo el apoyo y sabiduría que obtuve de mis docentes a lo largo de mi carrera y a mi tutor el doctor Darroman Constantino por su paciencia y enseñanza ante todo el proceso que fue realizar el caso clínico y de más tutores que compartieron sus conocimientos en este proceso les estoy muy agradecida por todo, por ser buenos profesionales, docentes, y amigos y a la facultad de la salud, carrera de enfermería por haber me aceptado, formar parte de esta gran familia.

JESSICA PUERO MEDINA

TITULO DEL CASO CLINICO

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE ADOLESCENTE
DE 16 AÑOS CON SHOCK HIPOVOLEMICO.**

RESUMEN

El choque hipovolémico conocido también como shock hemorrágico, se define como una afección de emergencia donde la pérdida grave de sangre, hace que el corazón no sea capaz de bombear suficiente sangre en todo el cuerpo, la reducción de oxígeno a niveles inferiores no permite el funcionamiento correcto para un buen metabolismo. (López, Pérez, & Ximena, 2018).

Según estadísticas de la OMS se demostró que la mayoría de los pacientes fueron de sexo femenino 61,5%, lo cual se relaciona claramente con la causa más frecuente de shock, debido a que el 44,4% de los casos de shock hipovolémico son de origen gineco-obstétrico (MSP, 2019).

Sin embargo, es importante saber que el shock hipovolémico se diferencia de otras causas de shock por la anamnesis que presenta el paciente y la ausencia de signos de insuficiencia cardíaca o sepsis. Entre el cuadro clínico se presenta ansiedad o agitación, palidez, taquipnea, diaforesis, entre otros. Por aquello, la recuperación va a depender del grado de hipovolemia, de la situación previa del paciente y de la rapidez del diagnóstico y el tratamiento (López, Pérez, & Ximena, 2018).

Se elaboró el proceso de enfermería a menor de 16 años de edad con un diagnóstico de shock hipovolémico con el objetivo de poder contribuir a mejorar el estado de salud del paciente, a través de la elaboración y ejecución del plan de cuidados de enfermería. Acorde a las necesidades requeridas por el paciente durante su estancia hospitalaria, utilizando como herramientas esenciales la taxonomía NANDA, NIC Y NOC.

Palabras clave: shock hipovolémico, vasoconstricción, anamnesis, hipovolemia, cuidado de enfermería.

ABSTRACT

Hypovolemic shock, also known as hemorrhagic shock, is defined as an emergency condition where severe blood loss makes the heart not able to pump enough blood throughout the body, the reduction of oxygen to lower levels does not allow the correct functioning for a good metabolism (Lopez, Pérez, & Ximena, 2018).

According to WHO statistics, it was shown that the majority of the patients were 61.5% female, which is clearly related to the most frequent cause of shock, since 44.4% of hypovolemic shock cases are of gynecological-obstetric origin (MSP, 2019).

However, it is important to know that hypovolemic shock differs from other causes of shock by the patient's history and the absence of signs of heart failure or sepsis. The clinical picture includes anxiety or agitation, paleness, tachypnea, diaphoresis, among others. Therefore, recovery will depend on the degree of hypovolemia, the patient's previous situation and the speed of diagnosis and treatment (López, Pérez, & Ximena, 2018).

The nursing process was developed for children under 16 years of age with a diagnosis of hypovolemic shock with the aim of being able to contribute to improving the health status of the patient, through the preparation and execution of the nursing care plan. According to the needs required by the patient during their hospital stay, using the NANDA, NIC and NOC taxonomy as essential tools.

Key words: hypovolemic shock, vasoconstriction, anamnesis, hypovolemia, nursing care.

INTRODUCCION

Podemos definir al shock hipovolémico como una afección grave que se produce por un suministro insuficiente de oxígeno y nutrientes a los tejidos en relación con la demanda metabólica tisular. No obstante, los mecanismos van a incluir una disminución del volumen circulante, así como también una disminución del gasto cardíaco y hasta una vasodilatación (Sifuentes, 2018).

Los síntomas pueden incluir alteraciones del estado mental, taquicardia, hipotensión y oliguria. Mientras que el diagnóstico será clínico, incluyendo medición de la presión arterial y en ocasiones marcadores de hipoperfusión tisular como el lactato sanguíneo y sobre todo el déficit de bases. Y por último, el tratamiento va a consistir en la reanimación con líquidos, incluyendo hemoderivados si es necesario, corrección de la enfermedad subyacente, y a veces vasopresores (Sifuentes, 2018).

Es fundamental que el profesional de enfermería debe aplicar el proceso de atención de enfermería de manera organizada y con eficacia, debido a que nos ayudará a brindar los servicios adecuados e individualizados por medio de métodos científicos apropiados para la recuperación del paciente.

La presente investigación nos permite una descripción de los principales aspectos relacionados con el shock hipovolémica.

I. MARCO TEÓRICO

Shock Hipovolémico

La OMS define al shock hipovolémico como el síndrome de etiología multifactorial, que va a tener en común la reducción del volumen sanguíneo (Rodríguez, Armada, & Martínez, 2016)

Sin embargo, está desencadenado por una inadecuada perfusión aguda sistémica debido a que existe un desequilibrio entre demanda y oferta de oxígeno a los tejidos por aporte inadecuado o mala utilización a escala celular, que como consecuencia va a conllevar a una hipoxia tisular y a la disfunción de órganos vitales (Rodríguez, Armada, & Martínez, 2016)

Epidemiología

El shock hipovolémico es uno de los tipos más frecuentes y una de las principales causas de muerte en pacientes quirúrgicos y en pacientes de trauma. Debemos de saber que a pesar de los avances en cuanto al conocimiento y el manejo del sangrado masivo, el shock hemorrágico cuenta con el 80% de las muertes intraoperatorias (INEC, 2018)

Según datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos en Latinoamérica cada año mueren aproximadamente 23.000 mujeres como consecuencia de las complicaciones del embarazo y el parto. Esto representa una mortalidad materna de 190 por 100.000 nacidos vivos en estos países. Sin embargo, en Ecuador, la cifra de mortalidad materna para el año 2009 fue de 96.3 por 100.000 nacidos vivos (INEC, 2018).

Se estima que alrededor de 14 millones de mujeres sufren una pérdida de shock hipovolémico severo después del parto y el 1% fallecen, mientras que un 12% adicional sobrevive con anemia severa (INEC, 2018).

Fisiopatología

La lesión primaria inicial ocurre por la pérdida de volumen eficaz circulante. Lo cual es un proceso cíclico que una vez desencadenado va a generar una secuencia de fenómenos cada uno de los cuales afecta desfavorablemente al siguiente. Por aquello, el deterioro del flujo sanguíneo a órganos y tejidos vitales causa suministro insuficiente o distribución inadecuada de oxígeno, es el responsable de que ocurra las graves alteraciones que como consecuencia va a generar este estado de insuficiencia microcirculatoria (Malvino, 2015).

En el análisis hemodinámico de este tipo de shock se va a señalar por las presiones de llenado bajas (baja presión venosa central, presión capilar pulmonar y gasto cardiaco) y sobre todo, las resistencias sistémicas altas (Malvino, 2015).

Causas

Las causas principales de shock hipovolémico son:

- **Pérdida de sangre (shock hemorrágico).** Aquí va a predominar las hemorragias externas, como son las que suelen suceder debido a los traumatismos o hemorragias internas, como un sangrado gástrico por una úlcera de estómago o después de haber dado un parto eutócico o distócico (Zambrano, Changoluisa, & Changoluisa, 2016).
- **Pérdida de agua y electrolitos (sodio y potasio):** Un paciente va a presentar emesis y abundantes diarreas.
- **Pérdidas por vía renal:** Pacientes con diabetes insípida, ingesta excesiva de diuréticos, IRA poliúrica, diuresis osmótica (hiperglucemia) nefritis perdedora de sal (Zambrano, Changoluisa, & Changoluisa, 2016).
- **Pérdidas al tercer espacio:** Intersticio, luz intestinal, espacio pleural, cavidad peritoneal, retroperitoneo (pacientes quirúrgicos).
- **Pérdida de plasma:** Se efectúa por causas de quemaduras, en especial con más predominación las de tercer grado (Zambrano, Changoluisa, & Changoluisa, 2016).

Clasificación

Por hemorragias

- **Internas:** Presencia traumáticas, rotura de vasos o vísceras macizas, También se presentan cuando hay complicaciones del embarazo (Ectópico), alteraciones de la coagulación
- **Externas:** Se presenta en casos pulmonares, gastrointestinales (úlceras, várices), traumatológicas, renal (infecciones, tumores) (Moreno, 2016).

Por depleción de fluidos

- **Pérdidas externas:** Hay presencia de emesis, diarreas, cutáneas por quemaduras, poliurias.
- **Pérdidas internas:** Consecuencia de una Pancreatitis, oclusión intestinal, ascitis, edemas generalizados por tipo de quemaduras, en especial las de grado II y III (Moreno, 2016).

Manifestaciones clínicas generales

- Taquipnea.
- Palpitaciones por aumento de la frecuencia cardíaca.
- Confusión y mareos por alteración del nivel de conciencia
- Frialdad y palidez de la piel.
- Debilidad generalizada.
- Malestar por disminución de la presión arterial.
- Disminución de la diuresis (Parra, 2018).

El examen físico permite detectar estas alteraciones y el interrogatorio médico averiguar las posibles causas de shock.

- Hipotensión arterial (signo principal)

- Sudación profusa.
- Piel fría y pegajosa.
- Palidez cutánea mucosa.
- Sangramiento externo visible.
- Taquicardia (Se relaciona con la cuantía de la pérdida de volumen).
- Pulso radial débil y filiforme.
- Polipnea superficial.
- Oliguria u oligoanuria.
- Reacción peritoneal en procesos de origen intraabdominal.
- Cianosis distal.
- Llenado capilar pobre.
- Livideces (Vasoconstricción periférica).
- Zonas de trauma
- Heridas y/o fracturas.
- Confusión mental (Parra, 2018).

Exámenes complementarios

- Análisis bioquímico de la sangre, que incluye pruebas de la función renal y aquellos exámenes que buscan evidencia de daño al miocardio
- Conteo sanguíneo completo (CSC)
- Tomografía computarizada
- Ultrasonido
- Radiografía de las zonas bajo sospecha.
- Ecocardiografía.
- Electrocardiograma.
- Endoscopia.
- Cateterismo cardíaco derecho.
- Sondaje vesical (MSP, 2015).

Estrategias de resucitación

La meta que se emplea para una satisfactoria resucitación en los pacientes con shock hipovolémico es:

- Corregir la hipovolemia.
- Mejorar el gasto cardiaco y la entrega de oxígeno en todos los tejidos.
- El diagnóstico de la causa que motiva el shock es esencial para poder lograr un tratamiento adecuado, no obstante existen medidas generales que se deben tomar con anticipación para evitar futuras complicaciones como la muerte (Zamora, 2017).

Tratamiento

La hipovolemia puede ser consecuencia de varios equilibrios acidobásicos. Sin embargo, la persona puede llegar a tener al principio una alcalosis respiratoria que podrá progresar inmediatamente en una acidosis metabólica. Por aquello, en estos casos se indica el uso de bicarbonato de sodio (Rodríguez, Armada, & Martínez, 2016).

Pueden administrarse fármacos:

- **Inotrópicos** como la dopamina, dobutamina, epinefrina y norepinefrina a dosis bajas para así poder mejorar el gasto cardíaco y la contractilidad del miocardio en pacientes con problemas de función cardíaca.
- Los **vasodilatadores** como por ejemplo; la nitroglicerina que van a dilatar las arterias coronarias, para incrementar el aporte de oxígeno y reducir la postcarga (Rodríguez, Armada, & Martínez, 2016).

Otras medidas que se puede ejecutar como soporte a la valoración del paciente son las siguientes mencionadas:

- Administración de oxígeno en caso se requiera.
- **Control de las constantes vitales:** presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno.
- **Control de la diuresis.** Debemos de saber que uno de los indicadores para saber si el paciente está obteniendo una favorable recuperación es controlando la diuresis, mediante el aporte de líquidos. Por aquello, se debe realizar como una norma fundamental el balance hídrico las 24 horas. Debemos de recordar que estos pacientes deben de tener una sonda vesical, donde se procederá a controlar la cantidad de egresos por medio de la eliminación de la diuresis (Rodríguez, Armada, & Martínez, 2016).

Medidas preventivas

Es fundamental tener conocimiento en aquellas situaciones en las que pueda existir una pérdida de volemia importante, como por ejemplo; cuando exista una deshidratación por calor intenso, diarreas, emesis, etc. Aquí es muy importante asegurar un aporte de líquidos adecuados, para que no haya un riesgo severo.

Como último punto, hay que tener en cuenta que es una situación médica que se instaura de forma rápida, y que sobre todo, al no ser tratada de manera inmediata puede tener consecuencias muy graves. Por lo tanto, cualquier tipo de shock es una emergencia médica que requiere atención de manera urgente (MSP, 2015).

1.1 Justificación

Las hemorrágicas obstétricas en nuestro país se vive a cada momento según las investigaciones y seguimientos en unidades de salud, por ello se aplicó una herramienta (score mama) que ayudaría al seguimiento de las gestantes en todo el proceso de embarazo y en el post-parto para disminuir la muerte materno-fetal.

Sin embargo existen riesgos obstétrico en menores de edad y mujeres nulíparas, con complicaciones uterinas y otras patologías donde existe el riesgo de sufrir un shock, ya sea este hemorrágico o hipovolémico, un shock hipovolémico puede causar grandes lecciones en el organismo incluso llevar a la muerte, ya que este genera un desorden sistemático del flujo sanguíneo y en consecuencia la perfusión tisular.

A través de este estudio caso justifico que nuestra misión como profesional de enfermería es aplicar habilidades y destrezas, como un ente multidisciplinario, basándonos en los conocimientos científicos y tecnológicos, para así poder aplicar el proceso de atención de enfermería, el mismo que nos ayuda a observar y a determinar nuestro criterio ante una situación de complejidad para mejoría de nuestro paciente.

Se desarrolló el proceso de enfermería a menor de 16 años de edad con diagnóstico definitivo de shock hipovolémico, con el único fin de llegar a contribuir a mejorar el estado de salud del paciente por medio de los patrones funcionales. Sin embargo, debemos de tener en cuenta que las intervenciones de enfermería las debemos de ejecutar de una manera eficaz durante la estadía del paciente en nuestra institución hospitalaria.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Desarrollar el proceso de atención de enfermería a menor de 16 años de edad con shock hipovolémico

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores de riesgos en una menor de 16 años de edad con shock hipovolémico.
- Analizar el cuadro clínico y los patrones disfuncionales presente en una menor de 16 años de edad con shock hipovolémico.
- Elaborar del plan de cuidados de enfermería en una menor de 16 años de edad con shock hipovolémico.

1.3 DATOS GENERALES

- **Nombres y apellidos:** NN
- **Sexo:** femenino
- **Edad:** 16 años
- **Nº de hijos:** Ninguno
- **Lugar y fecha de nacimiento:** milagro- 29/07/2004
- **Lugar de procedencia:** Milagro
- **Residencia actual:** naranjito
- **Grupo sanguíneo:** +ORh
- **Nº de historia clínica:** 095688436
- **Nivel económico:** bajo
- **Etnia:** mestiza
- **Estado civil:** soltera
- **Religión:** ninguno
- **Escolaridad:** terminada
- **Nivel de estudio:** secundaria
- **Trabajo:** ayudante en un cyber- café

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

Paciente de sexo femenino menor de 16 años de edad trasladada en ambulancia ingresa al área de emergencia ginecológica presentando cuadro clínico de 6 horas de evolución caracterizado por sangrado abundante ,dolor abdominal a nivel del hipogastrio tipo cólico + palidez generalizada motivo por el cual es ingresada para recibir el respectivo tratamiento y cuidados de enfermería.

ANTECEDENTES RELEVANTES DEL PACIENTE	ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES	ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES
Alegrías:	No refiere	No refiere
Enfermedad que padezca actualmente:	Ninguna	Mama: no refiere Papa: hipertensión
Hábitos tóxicos:	Conlleva una vida sedentaria	Mama: vida sedentaria Papa: tabaquismo
Operaciones previas:	Ninguna	Mama: no refiere Papa: hernia
Medicamento. O tratamiento que siga:	Ninguno	Mama: no refiere Papa: losartan para la hipertensión

2.2 Principales datos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual. (Anamnesis).

Paciente adolescente de 16 años de edad de sexo femenino que ingresa al área de emergencia ginecológica, consiente y orientada colabora con el interrogatorio, paciente refiere haber empezado a sangrar de manera abundante empapando la toalla sanitaria, posterior a eso sintió dolor abdominal a nivel hipogastrio tipo cólico, se observa facies y piel pálida de manera generalizada.

2.3 Examen físico (exploración clínica)

VALORACION CÉFALO-CAUDAL.

VALORACION CEFALO-CAUDAL.

- **Piel:** fría, húmeda, palidez generalizada
- **Cabeza:** Normocéfalo
- **Cara:** facies pálidas
- **Ojos:** pupilas reactivas
- **Nariz:** mucosa nasal semihumedas
- **Boca:** mucosa oral semihumedas
- **Cuello:** simétrico sin adenopatías aparentemente
- **Tórax:** simétrico
- **Corazón:** ruidos cardiacos rítmicos
- **Abdomen:** blando depresible, doloroso a la palpación profunda
- **Genitales:** genitales internos aparentemente normales (se evidencia hematómetra)
- **Extremidades superiores:** simétrico y funcional sin adenopatías aparentemente
- **Extremidades inferiores:** simétrico y funcional sin adenopatías aparentemente

Medidas antropométricas

- **Peso:** 57 kg
- **Talla:** 153 cm
- **IMC:** 21.2
- **Signos vitales**
- **Presión arterial:** 70/40 mm/hg
- **Pulso:** 115 latido por minuto
- **Temperatura:** 35.0
- **Frecuencia respiratoria:** 18 rpm
- **Saturación de oxígeno:** 97%
- **Glasgow** 15/15

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES (TEORÍA DE MARJORY GORDON).

Patrón 1: precepción/ manejo de salud

Paciente de sexo femenino de 16 años de edad considera que su estado de salud es regular debido a la vida sedentaria que mantiene refiere no presentar alergia ningún medicamento, madre refiere que en su niñez si cumplió con el esquema de vacuna, además paciente refiere no ingerir alcohol ni drogas.

Patrón 2: nutricional/metabólico

Paciente no ha presentado emesis, ni náuseas refiere ingerir sus alimentos con normalidad 3 veces al día, basada en una dieta de proteínas y hierro, su índice de masa corporal es de 22.3 valor que se encuentra en los parámetros normales, también mediante los exámenes realizados se evidencia que la hemoglobina y el hematocrito están muy bajos por lo que nos indica una anemia severa, con temperatura de 35°C.

Patrón 3: de eliminación

Urinario: paciente refiere miccionar 4 o 5 veces al día esta se presenta con un color ligeramente turbio

Intestinal: paciente refiere ir a evacuar de 1 a 2 veces al día

Cutánea. Sudoración fría

Patrón 4: actividad/ejercicio

Frecuencia cardiaca de 115 latidos por minuto, rango elevado del parámetro normal, presión arterial de 70/40mmhg/dl los mismo que se encuentra disminuidos del rango normal, frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno de 97% parámetros normales de las constante vitales, al momento paciente se encuentra en reposo, con riesgo de caída alto.

Patrón 5: sueño y descanso

Paciente refiere dormir 7 horas diarias

Patrón 6: cognitivo/perceptual

Paciente consiente orientado en tiempo y espacio con Glasgow de 15, no se evidencia problemas de alteración visual o alteración el gusto u olfato, paciente presentar dolor a nivel abdominal, a nivel del hipogastrio, abdomen blando doloroso ala palpación profunda.

Patrón 7: autopercepción/auto concepto

Se observa interés por mejorar su estado de salud.

Patrón 8: rol/relaciones:

Mantiene muy buena relación con sus familiares cercanos.

Patrón 9: sexualidad/reproducción

Paciente refiere no haber iniciado su actividad sexual, refiere también que sus menstruaciones son de manera irregular que la última vez fue de manera prolongada y abundante y que desde entonces hace un año atrás dejo de menstruar.

Patrón 10: adaptación/tolerancia al estrés:

Se observa tranquila y con deseos de recuperación temprana

Patrón 11: valores/creencias

Paciente refiere que no pertenece a ninguna religión

PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS

Patrón 2 nutricional/metabólico

Patrón 4 actividad y reposo.

2.4 Información de exámenes complementarios realizados.

Biometría

Exámen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
HEMOGRAMA:			
LEUCOCITOS	9.26	x 10 ³ /μL	4 - 10
BASOFILOS#	0.05	10 ³ /u L	-
BASOFILOS %	0.5	%	HASTA - 2
NEUTROFILOS#	6.24	10 ³ /u L	-
NEUTROFILOS %	67.4	%	40 - 70
EOSINOFILOS#	0.10	10 ³ /u L	-
EOSINOFILOS %	1.1	%	HASTA - 5
LINFOCITOS#	2.23	10 ³ /u L	- 1.5-4.5
LINFOCITOS %	*	%	25 - 50
MONOCITOS#	0.64	10 ³ /u L	-
MONOCITOS %	6.9	%	HASTA - 12
HEMATIES	4.54	mm ³ /μL	4.1- 4.6
HEMOGLOBINA	* 7.80	g/dl	12-14
HEMATOCRITO	20.3	%	36 - 41

EXAMENES DE LABORATORIO

MCV	88.7	fL	78 - 90
MCH	28.4	pg.	25 - 30
MCHC	32.0	%	31 - 34
RDW - CV	13.3	%	11.5 - 15.5
RDW - SD	41.5	fL	-
PLAQUETAS	308	mm ³ /μL	150 - 350
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	8.2	fL	7.4 - 10.4
PDW	15.70	--	-
PCT	0.25	--	-

Elaborado por: Jessica Puerto

Análisis: se observa hemoglobina y hematocrito muy bajos de los rangos requeridos, paciente se encuentra con (anemia severa)

Hemostasia

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
TIEMPOS			
Protrombina(tpt)	* 8	Seg.CentS eg	4 - 6
TP	3	Seg.CentS eg	2-3
RIN	1.45	--	-

Elaborado por: Jessica puero

Análisis: protrombina (tpt) se observan levemente alterado, requeridos de los parámetros normales

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
Serología			
VIH	Negativo		
SIFILIS	Negativo		
OTROS			
BHCG	NEGATIVO		

Elaborado por: Jessica puero

Análisis: examen de serología negativos (VIH/SIFILIS) Y BHCG negativo

Ecografía abdominal: se evidencia presencia de hematómetra

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

- **Diagnostico presuntivo:** shock hipovolémico+ hemorragia transvaginal de origen desconocido
- **Diagnóstico diferencial:** shock hipovolémico + sangrado transvaginal causado por hematómetra
- **Diagnóstico definitivo:** shock hipovolémico

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

Analítica de la valoración de enfermería

Una vez valorados los patrones funcionales de Marjory Gordon durante la exploración clínica y con los datos obtenidos de la biometría hemática + ecografía abdominal, hemos detectado los patrones alterados, por medio de ellos se puede implementar intervenciones de enfermería adecuados para la mejoría de los mismos entre esos tenemos:

- Patrón 2 nutricional/metabólico
- Patrón 4 actividad/ reposo
- Patrón 9 sexualidad/reproducción

NANDA:
NOC:
NIC:

Riesgo de shock (00205)

R/C: Hematómetra

E/P: Hipovolemia

Dominio II: salud fisiológica

Clase R: Cardiopulmonar

Etiqueta 0419: Severidad de pérdida de sangre

Campo: fisiológico complejo

Clase N: control de perfusión tisular

Etiqueta 4180: manejo de hipovolemia

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	Antes					Después				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
(041307) sangrado vaginal				X						
(041311) Aumento de la frecuencia cardiaca				X						
(041312) Pérdida de calor corporal				X						
(041313) Palidez de piel y mucosas				X						
(041316) Disminución de la hemoglobina (hgb)				X						
(041317) Disminución del hematocrito (hct)				X						

ACTIVIDADES

- Vigilar signos vitales, cuando se proceda
- Mantener una vía i.v permeable
- Administrar soluciones isotónicas (s. salina , lactato de ringer) para hidratación
- Observar niveles de hemoglobina y hematocrito si se procede
- Comprobar el estado de líquidos (ingresos y excretas)
- Mantener la posición adecuada que aseguro la perfusión periférica
- Supervisar el peso

M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

NANDA:
NOC:
NIC:



Dolor Agudo (0132)

M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

R/C: Positivo en Escala Visual Analógica

E/P: Cambio en parámetro fisiológico frecuencia cardiaca y expresión de dolor.

DOMINIO 5: salud percibida

Clase V: Sintomatología

Etiqueta 2102: nivel del dolor

Campo 1: Fisiológico básico

Clase E: fomento de la comodidad física

Etiqueta 1400: manejo del dolor

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	Después					
	Antes	1	2	3	4	5
(210201) dolor referido			X			
(2104049) Duración de los episodios del dolor					X	
(210206) expresión faciales de dolor					X	
(210225) lagrimas					X	
(210222) agitación					X	
(210221) frotarse el área afectada			X			
(210227) pérdida de apetito					X	

- ### ACTIVIDADES
- Realizar una valoración exhaustiva del dolor donde incluya (frecuencia, intensidad, Duración)
 - Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondiente.
 - Explorar con el paciente los factores que alivian/emporan el dolor
 - Disminuir o eliminar factores que precipiten o aumente la experiencia del dolor
 - Utilizar un método de valoración adecuado que permita, el seguimiento y cambios de dolor.
 - Utilizar medidas de control antes de que sea muy intenso
 - Enseñar los principios del manejo del dolor.

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de la salud, considerando valores normales.

Durante los días de hospitalización posteriores a su ingreso se debe realizar un minucioso seguimiento y control de su estado de salud, relacionados con el shock hipovolémico y valores alterados, por ello se realizarán planificaciones organizadas y sistemáticas para los cuidados de enfermería

El presente caso clínico está sustentado bajo la teoría de la historia natural de la enfermedad del paciente, por la teorizante Marjorie Gordon, ya que en esa teoría podemos reconocer los patrones funcionales alterados que afectan la salud del paciente y la necesidad que este requiere para la pronta mejoría, mediante la observación, interacción con el paciente.

2.8 Seguimiento

Día 1

Paciente adolescente de sexo femenino de 16 años de edad que cursa su primer día de hospitalización, se encuentra orientada en tiempo y espacio, se observa facies y mucosas pálidas, diuresis por sondaje vesical dentro de las 24 horas de 1.300 signos vitales, PA 85/62, pulso 112, temperatura 35.4, respiración 18 por minuto, sangrado vaginal moderado, se administró suero terapia (lactato de ringer) 2000 ml 24/h, ácido tranexámico 500mg iv cada 8 horas y omeprazol 40mg iv cada 12 horas, bajo prescripción médica.

Día 2

Paciente adolescente de sexo femenino de 16 años de edad que cursa su segundo día de hospitalización, se encuentra orientada en tiempo y espacio, se observan facies y mucosas semi pálidas, respondiendo favorablemente a los cuidados de enfermería y tratamiento correspondiente, diuresis por sondaje vesical dentro de las 24 horas es de 1.500, signos vitales PA 100/70, pulso 110, temperatura 36.2, respiración 20 por minuto, sangrado vaginal moderado se administró lactato de ringer 2000ml 24/h, omeprazol 40mg cada 12/h, ácido tranexámico 500mg cada 8/h, paracetamol 100 mg cada 8 horas, bajo prescripción médica.

Día 3

Paciente adolescente de sexo femenino de 16 años de edad que cursa su tercer día de hospitalización se encuentra orientada en tiempo y espacio con evolución favorable, sangrado transvaginal moderado, presenta los siguiente signos vitales: PA 110/75, pulso 82, temperatura 36.5, diuresis por sonda vesical dentro de las 24horas es de 1.800, sangrado vaginal leve, se administró bajo precaución medica solución salina al 5%, omeprazol cada dia, ácido tranexamico cada 8 horas.

Día 4

Paciente adolescente de sexo femenino de 16 años que cursa su cuarto día de hospitalización, se encuentra orientada en tiempo y espacio con evolución clínicamente estable, se observa tranquila y alentada, sin signos de hipoperfusión con Hb de 9.8, se procede a retirar sondaje vesical, sangrado vaginal leve, se administra medicación bajo prescripción medica, solución salina 5%, omeprazol cada dia.

Día 5

Paciente adolescente de sexo femenino de 16 años de edad que cursa su quinto dia de hospitalización, paciente se encuentra orientada en tiempo y espacio, se observan piel y mucosas semi pálidas, diuresis espontanea, signos vitales aparentemente normales, no presenta signo de hipoperfusión, paciente refiere sentirse mucho mejor y ansiosa por ir a casa, por lo que se procede a realizar el plan de alta medica.

Plan de alta

Gracias al trabajo en equipo del médico y las intervenciones de enfermería podríamos decir que se elabora el plan de alta bajo la valoración clínica del paciente que en el momento se encuentran estables.

Indicaciones:

Se instruye al paciente y al familiar con los signos de alarma de shock, para prevención del mismo (en caso de presentarse volver nuevamente a la unidad de salud).

Control por consulta externa en ginecología

No realizar esfuerzos físicos de manera brusca

Evitar momentos de mucho estrés

Paracetamol 1gr v.o. prn

2.9 OBSERVACIONES

- Se brindó charlas de una vida saludable al paciente y familiar
- Se recomendó el consumo de proteínas y hierro para no recaer en la anemia.
- Se brindó información al familiar sobre los cuidados posteriores que debe tener el paciente

CONCLUSION

Se desarrolló el proceso de atención de enfermería en una menor de 16 años de edad con shock hipovolémico que es ingresada por el área de emergencia en estado consciente y orientada. Paciente refiere haber empezado a sangrar de manera abundante empapando la toalla sanitaria, posterior a eso sintió dolor abdominal a nivel hipogastrio tipo cólico, se observa facies y piel pálida de manera generalizada.

Sin embargo, el cuadro clínico que se presenta en un shock hipovolémico aparte del sangrado, es el estado de ansiedad o agitación de la persona, disuria, palidez, taquipnea, diaforesis, entre otros. Por aquello, la recuperación va a depender del grado de hipovolemia, de la situación previa del paciente y de la rapidez del diagnóstico y el tratamiento para así poder mejorar los patrones disfuncionales en cuanto a la sexualidad y reproducción, a sus actividades y reposos que debe de ejercer en su vida cotidiana, y sobre todo, en su estado de salud nutricional metabólico el cual debe llevar un correcto régimen alimenticio.

El objetivo de este caso clínico es poder mejorar y recuperar la salud de nuestro paciente que se encuentra hospitalizado por presentar un shock hipovolémico. Motivo por el cual se aplicó de manera eficiente y eficaz los cuidados de enfermería que han dado una excelente respuesta a la evolución de su salud.

Por el momento nuestro paciente se encuentra consciente y colaborador, mostrando una notable mejoría clínica en los últimos días. Motivo por el cual nuestro paciente es dado de altas en condiciones hemodinamicamente estable y se procede a realizar la debida referencia al centro de salud más cercano para seguimiento y evaluación acerca de su estado de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Doenges, M. (2016). *Proceso y diagnóstico de enfermería*. Barcelona: El Manual Moderno, S.A.
- INEC. (2018). Shock hemorrágico. *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos*, 22-29.
- López, F., Pérez, G., & Ximena, E. (2018). Choque hipovolémico. *Medigraphic: Asociación de Medicina del día a día*, 1-7.
- Malvino, E. (2015). Shock Hemorrágico en Obstetricia. *Biblioteca de Obstetricia crítica*, 57-65.
- Moreno, Á. (2016). Shock Hipovolemico. *MANEJO DEL PACIENTE EN SITUACION DE SHOCK*, 3-15.
- MSP. (2015). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Hemorragia Posparto. *Guía de Práctica Clínica (GPC)*, 5-28.
- MSP. (2019). Shock hemorrágicos. *Organizacion Mundial de la Salud*, 5-11.
- Parra, V. (09 de Mayo de 2018). *Shock hemorrágico*. Obtenido de Elsevier: Emergencias vitales en la práctica clínica: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-shock-hemorrágico-S0716864011704242>
- Rodríguez, B., Armada, C., & Martínez, L. (2016). SHOCK HIPOVOLÉMICO. *Revista de las Ciencias de la Salud de Cienfuegos*, 1-12.
- Sifuentes, D. (2018). Choque hipovolémico: Un nuevo enfoque de manejo. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 1-6.
- Zambrano, L., Changoluisa, A., & Changoluisa, A. (2016). Shock Hipovolemico. *PROTOCOLOS DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA PARA EMERGENCIAS MEDICAS.*, 122-145.
- Zamora, A. (2017). Clasificación del shock: sus cinco tipos y las causas subyacentes. *Elsevier*, 3-11.

