



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MÉXICO

139

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**CUIDADOS AL PACIENTE  
DE PUERPERIO COMPLICADO  
EN SHOCK HIPOVOLEMICO**

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA**

PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:  
**MARIA DE JESÚS VILLANUEVA OCAMPO**

DIRECTOR ACADÉMICO:  
**LIC. FEDERICO SACRISTAN RUIZ**



MÉXICO, D.F.

NOVIEMBRE, 2002



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# INDICE

INTRODUCCIÓN	
OBJETIVOS	
JUSTIFICACIÓN	5
METODOLOGÍA	6-13
UNIVERSO DE TRABAJO	10-14
I.    MARCO TEORICO	15
1.1    ANATOMIA Y FISILOGÍA DEL UTERO	15-20
1.2    SHOCK HIPOVOLEMICO	21-29
1.3    INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	30-36
II.   HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA	37-43
DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	44
III.  PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA	45
OBJETIVO GENERAL	45
PROBLEMAS REALES Y POTENCIALES	46-64
OBJETIVO DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA	46-64
ACCIONES DE ENFERMERIA	46-64
RAZON CIENTÍFICA DE LA ACCION DE ENFERMERIA	46-64
EVALUACIÓN	46-64
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	65-66
BIBLIOGRAFÍA	67-70

Envío a la Dirección General de Bibliotecas de la  
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el  
contenido de mi trabajo recepcional

NOMBRE: JUANITA DE JESUS  
VILLANUEVA OCAJUPA  
C.A.: 22 NOVIEMBRE 2002-3  
C.R.M.A.: JUA. DE JESUS G.O. 4

# **AGRADECIMIENTOS**

**A Dios por haber logrado mi objetivo**

**A todos los profesores que me guiaron para que pudiera alcanzar los objetivos planteados durante la realización de la teoría y práctica académica de la Licenciatura.**

**Y de manera muy especial a mi asesor académico por el apoyo incondicional que me brindo para el desarrollo y culminación del presente documento.**

## **DEDICATORIA**

**A mis padres, esposo e hijos por su valioso apoyo y cariño  
que siempre me brindaron para poder seguir adelante.**

## **INTRODUCCIÓN**

El Proceso de atención de enfermería, es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería individualizados, basados en el método científico, realizando los cuidados con razonamiento lógico y analítico, para mantener el bienestar del paciente y por ende otorgar una atención de calidad,

Este trabajo esta dirigido al desempeño y participación de enfermería, para valorar la gran importancia que tiene en su desarrollo profesional en la atención y cuidado de un paciente de Puerperio Complicado en Shock Hipovolémico, utilizando el proceso de atención de enfermería en el que interactúan las cuatro fases,

Valoración  
Planeación  
Ejecución  
Evaluación

El proceso tiene una finalidad es:

**Sistemático.** Porque mejora la calidad de la enfermera.

**Dinámico.** Responde a un cambio continuo.

**Interactivo.** Se basa en las relaciones reciprocas que se establecen entre la enfermera, paciente, familia y profesionales de la salud.

Flexible. Se adapta al ejercicio de enfermería en cualquier área especializada.

Posee una base teórica ya que se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

El proceso ha favorecido el desarrollo profesional de la enfermera incrementando la calidad en la atención del enfermo, familia y comunidad.

El proyecto que presento esta enfocado a un paciente del sexo femenino de 35 años de edad gesta y embarazo gemelar de Puerperio Complicado en Shock Hipovolémico por una atonía uterina presentando sangrado transvaginal.

Si el útero está sobre distendido por gemelos, un feto grande o hidramnios, las fibras musculares se han estirado hasta un punto en que no son capaces de retraerse con la rapidez y contraerse con la firmeza suficiente para ocluir los vasos abiertos en forma rápida después del parto.

La magnitud de este padecimiento afortunadamente no es muy elevada, las muertes por hemorragia posparto rara vez son causadas por hemorragia súbita abrumadora, ninguna de las pacientes notificadas por Beecham murieron en menos de 1 1/2 horas, solo 11.5 % en dos horas, el tiempo promedio entre el parto y la muerte fue mayor de cinco horas.

La trascendencia de este padecimiento radica fundamentalmente en el tratamiento y manejo que se otorgue con oportunidad y a su vez en la prontitud posible.

Así mismo la revisión de bibliografía diversa respecto al tema, dotara de conocimientos teóricos y prácticos para conformar un marco de referencia, el cual será la base para sustentar el hacer de la enfermería y coadyuvará a su vez para proponer alternativas de atención específica.

## **OBJETIVOS**

Contar con un documento sistematizado que guíe las acciones de enfermería, con fundamento científico detectando necesidades reales y potenciales, solucionando problemas con razonamiento lógico, para proporcionar cuidado individual e integral al paciente, con un enfoque holístico.

Adquirir conocimientos sobre el ( Puerperio Complicado en Shock Hipovolémico) y poder brindar atención oportuna y eficaz en forma integral al paciente.

Alcanzar los requerimientos académicos para sustentar el examen que me acredite como Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

## **JUSTIFICACION**

El presente trabajo tiene como finalidad reflexionar sobre la relevancia de toda intervención de enfermería en la jerarquización de necesidades, detectando el/los problema(s) de todo paciente en forma integral y organizada de tal manera que facilite la intervención del mismo, se logre una pronta recuperación de la patología que lo aqueja y se reintegre a su familia y comunidad con un mínimo de secuelas o complicaciones.

Además se desea poner de manifiesto el papel tan importante que juega la enfermera ante este tipo de pacientes y la oportunidad con que debe desempeñar su quehacer profesional.

A su vez se debe de llevar acabo una revisión bibliografía exhaustiva con relación a esta patología ya que esto dará margen para tener un amplio marco de referencia y fundamentar toda intervención de enfermería facilitando así la contribución a las alternativas de solución un tanto mas precisas.

La importancia de la elaboración de un P.A.E. es el ayudar a asegurar la calidad en los cuidados del paciente, durante su estancia hospitalaria, participando además su participación en el autocuidado, que pueda garantizarle la continuidad de su atención aun fuera del hospital con el único fin de mejorar su calidad de vida.

## **METODOLOGÍA DEL TRABAJO**

Para la elaboración del presente trabajo se aplicó el modelo "Proceso de Atención de Enfermería".

### **Proceso de Atención de Enfermería**

Consiste en pensar como enfermera. Es el cimiento, la capacidad constante, esencial que ha caracterizado a la enfermera desde los orígenes de la profesión..

Con los años dicho proceso, ha evolucionado y por ende, ha adquirido mayor claridad y comprensión.

Dicho proceso es un método para realizar algo, que abarca cierto número de pasos, intentando lograr un resultado particular. A su vez es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería.

Para sobrevivir a los desafíos competitivos, la enfermería debe otorgar un servicio de calidad que sea valorado por los pacientes. Constituye un instrumento para que la enfermera evalúe continuamente la calidad del cuidado que presta y la mejore.

**Por todo lo antes mencionado para el estudio del paciente se desarrollará el proceso de atención de enfermería, el cual consiste en las siguientes etapas:**

## **Valoración**

En esta fase se llevará a cabo la recolección y selección de datos para identificar necesidades y problemas.

Dicha recopilación se dará en forma directa e indirecta. Y estas se obtienen de varias fuentes y dos métodos básicos de información que son:

La observación y la entrevista con el paciente y sus familiares, realizándose a su vez la historia clínica de enfermería la cual proporcionará las bases para identificar las necesidades y problemas actuales y potenciales del paciente

Otras fuentes son los registros médicos, registros de desarrollo, notas y visitas de la enfermera, el kardex. La enfermera basa la planeación de los cuidados en principios científicos, aplicando diversas teorías en tanto brinde dichos cuidados. Todo lo anterior nos llevará a elaborar un diagnóstico de enfermería el cual es un informe de los problemas que aquejan al paciente. Y nos sirve como base para seleccionar las intervenciones de enfermería, conociendo la magnitud de su problemática y por alcanzar los resultados reales y esperados.

## **Planeación**

Esta segunda fase comienza con el diagnóstico de enfermería clasificando los problemas reales y potenciales, dando prioridad a las necesidades, posteriormente se plantean estrategias de las intervenciones de enfermería realizándola con la participación de la paciente y la familia por medio de un plan de autoinstrucción, obteniendo resultados reales, dándonos un informe de los resultados reales, dándonos un informe de las notas de enfermería a través de los criterios de atención, condición del paciente y valoración por turno.

## **Ejecución**

En esta etapa se aplican los cuidados de enfermería con base en las necesidades del paciente: físicas, psicológicas, emocionales, espirituales, sociales, culturales, económicas y rehabilitativas, con una participación activa de la enfermera-paciente, comunidad-familia y equipo de salud, facilitando así la continuidad del cuidado; fomentando la educación al paciente y familia para el autocuidado, quienes harán los ajustes necesarios para ayudar al paciente a lograr el nivel mas alto de bienestar.

## **Evaluación**

Es un mecanismo de retroalimentación que juzga la calidad de la atención de enfermería mediante la apreciación de los resultados obtenidos con relación a los esperados.

Indicando qué problemas fueron resueltos y cuales requieren revaloración y replaneación, llevándonos a la fase final del proceso, señalando los problemas que se han resueltos, los que han de volverse a valorar y planear, así como los efectuados y revalorados en un ciclo continuo el cual se debe evaluar constantemente

## **Revisión Bibliográfica**

A demás de los lineamientos del proceso de atención de enfermería se debe prestar particular atención a la revisión de los libros, revistas, folletos, etc. Que nos puedan proporcionar información con relación al padecimiento que nos ocupa. Todo con el único objetivo de adquirir los conocimientos necesarios para sustentar con bases científicas nuestro marco teórico así como las acciones de enfermería que proporcionaremos a nuestro paciente para resolver los problemas detectados.

## **Fichas de Trabajo**

Este es otro aspecto importante ya que le da forma en que concentremos la información, dependerá la rapidez y fluidez para realizar nuestro marco teórico y fundamentar las acciones de enfermería.

## **Elaboración de la Historia Clínica**

Elaborar una historia clínica nos permite una interacción con el paciente y su familia, la información obtenida nos proporcionará un panorama general sobre el estado físico, psicológico, social y cultural, dándonos pautas para detectar los problemas reales o potenciales que aquejan a nuestro paciente.

## **Revisión del Expediente Clínico**

Es una fuente secundaria de suma utilidad y de gran valor, ya que nos servirá como guía para constatar la información otorgada por nuestro paciente así como concentrar nuevos datos para la realización de los diagnósticos de enfermería.

## **Plan de Atención De Enfermería**

En este apartado se plasma anticipadamente, una vez detectado el problema o necesidad de nuestro paciente, cada uno de los cuidados que se le otorgaran, como se van a dar y que resultados se esperan de dichos cuidados.

El plan de atención estará formado por los siguientes rubros:

**Diagnóstico de Enfermería:** forma parte de la fase inicial del proceso atención de enfermería (valoración) y consiste en un enunciado del problema real o en potencia del paciente, que requiere de la intervención de enfermería, con el objeto de resolverlo o disminuirlo.

**Problema:** insatisfacción de necesidades. Aquel que obstaculice.

**Razón Científica del Problema:** aquí se señalara con fundamento en la bibliografía consultada, la razón de toda la fisiopatología dada en el paciente.

**Objetivo de Enfermería:** es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el paciente y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identifico en el diagnóstico de enfermería.

**Acción de Enfermería:** son todos aquellos cuidados de enfermería que se otorgan al paciente de manera organizada y sistematizada para ayudarle a resolver sus problemas o necesidades detectadas.

**Razón Científica de la Acción:** es todo conocimiento fundamentado en toda actividad de enfermería describiendo y explicando cada una de ellas.

**Evaluación:** es la última etapa del proceso de atención de enfermería en donde se determina si se han alcanzado los objetivos planteados, permitiendo considerar con oportunidad que problemas fueron resueltos y sobre todo cuales requieren una revaloración.

## **Universo de Trabajo**

Selecione a un paciente del sexo femenino de 35 años de edad con Puerperio Complicado en Shock Hipovolémico que se encuentra hospitalizada en el servicio de Gineco-Obstetricia del hospital general regional "Vicente Guerrero" de Acapulco, Guerrero.

# I. MARCO TEORICO

## 1.1 Anatomía y Fisiología del Útero

El útero es uniforme y mide aproximadamente 7.5 cm de longitud, 5 cm de ancho en su porción mayor, y 3 cm de grueso. (1)

### Partes Anatómicas

El útero se divide en 3 partes anatómicas que son: cuerpo o parte superior, el istmo el cual se encuentra entre el cuerpo del útero y la cerviz, que es la zona donde se adelgaza formando una depresión, y el cerviz o parte inferior.

Estructuralmente es un órgano musculoso, interiormente vacío y cuyas paredes están formadas de adentro afuera por las siguientes capas o tunicas. (2).

### Capa Interna (Endometrio)

Esta reviste la cavidad uterina, presenta cambios clínicos por efecto hormonal y, al desprenderse da lugar a la menstruación, el endometrio esta formado por un epitelio columnar que contiene gran cantidad de glándulas y vasos sanguíneos unidos por tejidos conectivos.

---

(1) Robbins, Cotran, Patología Estructural Y Funcional. P. 1092

(2) Segator, Luigi, Diccionario Medico Teide, P. 1226

### **Capa Intermedia (Miométrio).**

Constituye a mayor parte del espesor de la parte uterina, a su vez, consiste en tres capas de fibras de músculo liso, siendo su espesor máximo en fondo y mínimo en el cuello uterino. Durante el parto, la contracción combinada de estas capas musculares participa en la expulsión del feto, del cuerpo uterino.

### **Capa Externa (Perimetrio O Serosa)**

Forma parte del peritoneo visceral y se convierte en el ligamento ancho, en sentido lateral externo. Hacia delante, se refleja sobre la vejiga urinaria y forma la bolsa viceral uterina. En sentido posterior, se refleja la bolsa recto urinaria que es el punto mas bajo de cavidad pélvica. (3)

### **Cavidad**

Es pequeña por el grosor de las paredes, plana y triangular; el vértice se dirige hacia abajo y forma un orificio interno del cuello uterino, que desemboca en el conducto cervical, este presenta un estrechamiento llamado orificio externo que desemboca en la vagina. (4)

---

(3) Trotora, Gerardo, Principios De Anatomía Y Fisiología. P. 934

(4) Ibidem; P. 936

## Riego Sanguíneo

El útero recibe riego sanguíneo por las ramas de la arteria iliaca interna y las arterias uterinas. Estas presentan ramas, las arterias arqueadas, en forma de circulo en el miometrio que emiten arterias radiales profundas y que penetran en este. (5)

Antes de que estas ramas lleguen al endometrio, se dividen en dos tipos de arteriolas. Las arteriolas rectas terminan en el extracto basa y le aportan los materiales necesarios para la regeneración del extracto funcional mientras que las arteriolas espirales penetran en el estrato funcional y presentan cambios notables durante el ciclo menstrual.

## Localización

El útero se encuentra en la cavidad pélvica, entre la vejiga urinaria por delante y el recto por detrás, por arriba de la vagina y por debajo de las asas intestinales. (6)

La posición es causa de factores como la edad, embarazo y distensión de las vísceras pélvicas relacionadas, como la vejiga. Entre el nacimiento y la pubertad descendiente gradualmente desde la parte baja del abdomen hacia la pelvis verdadera. En la menopausia empieza un proceso de involución y resulta la disminución de su tamaño, y ubicación en la profundidad de la pelvis. (7)

---

(5) Quiroz Gutiérrez. Anatomía Humana. P. 320

(6) A.M.H.G.O. No.3 Imss P. 702

(7) Gunningham. Macdonald. Anatomía Y Fisiología. P. 594

## **Posición**

En estado normal, presenta flexión entre el cuerpo y el cuello; el cuerpo se sitúa sobre la superficie superior de la vejiga y está orientado para adelante y algo hacia abajo y atrás a partir del punto de flexión, se une a la vagina en ángulo recto. (8)

Varios ligamentos fijan al útero permitiendo movilidad, originando posiciones anormales del órgano. Las fibras de músculo que forman el piso pélvico convergen para formar un nudo que se denomina cuerpo pirineo que es un elemento de sostén del útero.

El útero puede presentar cualquiera de varias posiciones anormales, una de las más frecuentes es la anteversión, retroversión o lateroversion. (9)

## **Medios de Fijación**

El útero está sostenido en su posición normal por seis ligamentos, constituidos por repliegues peritoneales que contienen en su interior las formaciones ligamentosas propiamente dichas. También contribuyen a su fijación la cúpula vaginal y los músculos de peritoneo. Los ligamentos uterinos, pares y simétricos, son los ligamentos anchos, los ligamentos redondos y útero-sacros.

---

(8) Gunningham, Macdonald. Anatomía Y Fisiología, P. 596

(9) Quiroz Fernando, Anatomía Humana. P. 316

## **Ligamentos Anchos**

Constituidos por el peritoneo uterino, cuyas hojas anterior y posterior se adosan en sus bordes formando el repliegue que va a las paredes laterales de la pelvis por afuera, y alcanza por abajo el piso pélvico. (10)

## **Ligamentos Redondos**

Son cordones redondeados, extendidos de los ángulos laterales del útero al conducto inguinal y al pubis. Tiene una longitud de doce a catorce cm. Con un diámetro de 4 a 5 milímetros. Nacen por delante y por debajo de la trompa uterina.

## **Ligamentos Utero-sacros**

Se extienden de la cara posterior del cuello uterino, en los límites del istmo, a la cara anterior del sacro, uno a cada lado del recto. (11)

---

(10) Quiroz Gtz. Fernando, Anatomía Humana, P. 316

(11) Ibidem; P. 318

## Funciones

El útero tiene tres importantes funciones: Menstruación, Gestión y Parto.

**Menstruación:** es el desprendimiento de las capas compactas y esponjosas del endometrio, acompañado de hemorragia por los vasos desgarrados. (12)

**Gestación:** el embrión se implanta en el endometrio y en este vive durante todo el periodo fetal.

**Parto:** son las contracciones potentes y rítmicas de la pared uterina muscular que producen expulsión del feto o nacimiento. (13)

---

(12) Quiroz Gtz. Fernando, Anatomía Humana, P. 316

(13) Ibidem; P. 318

## 1.2 Shock Hipovolémico

### Descripción

El Shock Hipovolémico se produce por un inadecuado aporte del volumen de líquidos en el espacio intravascular.

La falta de un volumen circulatorio adecuado produce un descenso de la perfusión tisular e inicia la respuesta general del Shock. (14)

### Concepto

Es la falta del volumen de líquidos intravascular o circulatorio. (Disminución absoluta o relativa del volumen sanguíneo). (15)

### Etiología

Puede producirse tanto a partir de una hipovolemia absoluta como relativa.

Hipovolemia absoluta, se produce cuando existe una pérdida externa de líquidos del organismo, incluyendo pérdidas de sangre total, plasma o cualquier otro líquido corporal.

Hipovolemia relativa, se produce cuando existe un desplazamiento interno de líquidos desde el espacio intravascular al espacio extravascular. (16)

Esto puede provocar la pérdida de la integridad vascular, el incremento de la membrana capilar ó un descenso en la presión osmótica coloidal. (17)

- 
- (14) *Linda D. Urden*, Cuidados Intensivos De Enfermería Pág. 531  
(15) *Ibidem*, Pág. 533  
(16) *Kathlee M. Stacy*, Cuidados Intensivos De Enfermería Pág. 455  
(17) *Ibidem*, Pág. 45

## **Factores Etiológicos del Shock Hipovolémico (Absolutos)**

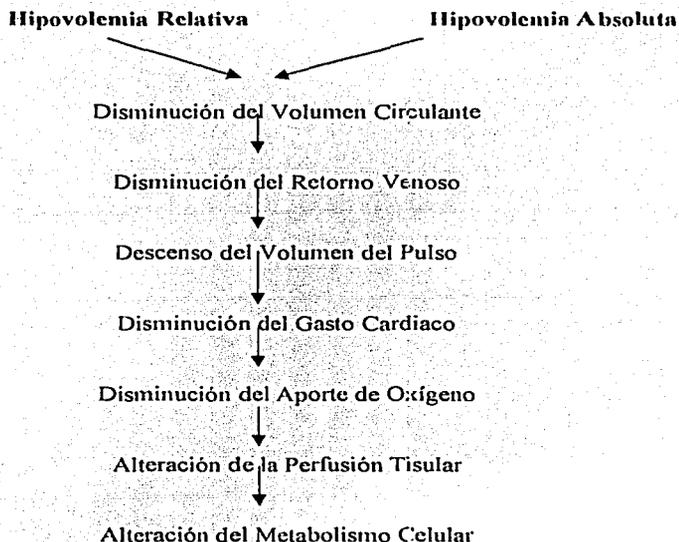
Perdida de sangre total  
Traumatismos  
Cirugía  
Hemorragia gastrointestinal  
Hemorragia transvaginales  
Perdida de plasma  
Lesiones térmicas  
Lesiones externas  
Perdida de otros líquidos corporales  
Vómitos persistentes  
Diarrea grave  
Diuresis masiva

## **Factores Etiológicos del Shock Hipovolémico (Relativos)**

Perdida de la integridad intravascular  
Rotura esplénica  
Fractura de huesos largos o de pelvis  
Pancreatitis hemorrágica  
Hemotórax o hemoperitoneo  
Disección arterial  
Aumento de la permeabilidad de la membrana capilar  
Sepsis, obstrucción intestinal  
Anafilaxia  
Lesiones térmicas  
Disminución de la presión  
Osmótica coloidal  
Hiponatremia grave  
Hipopituitarismo, cirrosis

## Fisiopatología

La hipovolemia se produce por la pérdida de volumen de líquidos circulantes. Un descenso del volumen circulante provoca un descenso del volumen telediastólico final ó precarga (18)  
La precarga es el determinante fundamental del volumen del pulso UP y el GC. Un descenso del up y del GC. (19)  
El descenso del GC da lugar a un inadecuado suministro de oxígeno a las células y una alteración de la perfusión tisular (20)



- 
- (18) Lorraine Fitzsimmons, Cuidados Intensivos De Enfermería P. 457  
(19) Ibidem; P. 458  
(20) Kathleen M.Stacy, Cuidados Intensivos De Enfermería. P. 456

## Cuadro Clínico

La presentación clínica dependerá de la gravedad del Shock Hipovolémico.

Los signos y síntomas más frecuentes son.

- Diaforesis
- Piel pálida y fría (21)
- Agitada e inquieta (22)
- Hipotensión
- Taquicardia
- Hipotermia
- Sangrado transvaginal abundante
- Anemia
- Oliguria
- Pulso filiforme

En La Exploración Física Se Encuentra.

- Agitada
- Inquieta
- Diaforética
- Piel pálida y fría
- Sangrado transvaginal abundante con loquios hemáticos (coágulos)
- Útero flácido subinvolucionado por arriba de la cicatriz umbilical
- Abdomen doloroso a la palpación
- Hipotensa

---

(21) Mary E. Lough. Cuidados De Enfermería. P. 531  
(22) Ibidem; P. 532

## Métodos de Diagnóstico

Se basa principalmente en las manifestaciones clínicas. Varían en función de la importancia de la pérdida de líquidos y de la capacidad de compensación del paciente.

- La primera fase ó inicial se produce con una pérdida de líquidos del 15% del volumen total, esto es, unos 750 ml.
- Los mecanismos compensatorios mantienen el gasto cardiaco y los pacientes están asintomático. ( 23)
- La segunda fase ó de compensación, se produce cuando existe una pérdida de liquido de un 15-30 %, es decir un volumen total de 750 - 1500 ml.
- El gasto cardiaco desciende, lo que origina diversas respuestas compensatorias. La FC se incrementa en respuesta al aumento de la estimulación del SNC, la presión del pulso se estrecha a medida que la presión sanguínea diastólica se incrementa en respuesta a la vasoconstricción. La frecuencia e intensidad respiratorias se incrementa en un intento de mejorar la oxigenación (24)

---

(23) Wynga Arden Cecil, Medicina Interna. P. 528

(24) Ibidem; P. 838

- La producción urinaria comienza a disminuir, al tiempo que se reduce la perfusión renal.
- La piel del paciente se vuelve pálida y fría, por el retraso del llenado capilar debido a la vasoconstricción periférica, ( 25)
- Las venas yugulares están colapsadas como consecuencia del descenso del retorno venoso. El descenso de la perfusión cerebral produce alteraciones del nivel de conciencia.
- Los pacientes pueden encontrarse desorientados, confusos, ansiosos e irritables.

## **Tratamiento**

Los principales objetivos del tratamiento son corregir la causa de la hipovolemia y restaurar la perfusión tisular.

Esta aproximación incluye identificar y eliminar la causa de la pérdida de volumen, administrar grandes cantidades de líquidos para reemplazar el volumen circulatorio.

1.- Colocación de catéteres intravenosos periféricos de gran diámetro para facilitar la entrada rápida de administración de líquidos prescritos. ( 26 )

2.- Como aporte hídrico pueden utilizarse soluciones cristaloides o coloides, o una combinación de ambas. ( 27 )

3.- Las transfusiones de sangre lo que es especialmente útil en el tratamiento con Shock Hipovolémico.

4.- El plasma fresco congelado; que además de coloide, suministra los factores de la coagulación. ( 28 )

---

( 26 ) Gutiérrez Samperio Cesar. Fisiología Quirúrgica F.309

( 27 ) Katheen M. Stacy. Cuidados Intensivos De Enfermería P.479

( 28 ) Ibidem; P. 480

**5.- Favorecer el aporte de oxígeno a los tejidos y disminuir las demandas de oxígeno y el gasto energético.**

**6.- Administración de oxitócicos a infusión y directos, ergonovina I.M. para contraer el útero**

**7.- Masaje de útero para favorecer la contracción.**

## Complicaciones

- Síndrome de disfunción multiorgánica.
  
- Disminución del gasto cardiaco por el exceso de precarga y poscarga ( 29 )
  
- Deterioro del intercambio gaseoso con discordancias entre la ventilación / perfusión y cortocircuitos intrapulmonares. ( 30 )
  
- Alteración del intercambio gaseoso y disminución de la oxigenación de la sangre arterial, que alterará a su vez, la perfusión tisular. ( 31 )
  
- Se puede producir la muerte por colapso cardiopulmonar.

---

( 29 ) Linda D. Urden Cuidados Intensivos De Enfermería Vol. P. 503

( 30 ) Ibidem; P. 517

( 31 ) Ibidem; P. 459

### **1.3 Intervenciones de Enfermería**

El personal de enfermería es uno de los elementos del equipo multidisciplinario que mayor contacto tiene con el paciente, desde el momento de su ingreso al hospital y que interacciona con el y su familia en todo momento para detectar sus necesidades y cooperar de manera inmediata para la resolución de las mismas. Por lo que las acciones que efectúan la enfermera y el paciente para prevenir o atenuar sus complicaciones y poder, mantener o restablecer la salud. ( 32 )

### **Ingreso del Paciente al Servicio de Gineco-Obstetricia**

Cada una de las personas admitidas en una institución de salud debe ser considerada individualmente, tanto en lo que se refiere a sus necesidades personales, como a lo que se relaciona con la magnitud de su enfermedad. ( 33 )

Cuando el paciente se interna por la sala de gineco-obstetricia tratar sus necesidades especiales es más importante que cumplir con los procedimientos de ingreso. Una vez que ha sido tratado y asistido se procede a realizar lo siguiente:

---

( 32 ) Alfaro, Rosalinda, Aplicación Del Proceso De Enfermería. P. 96

( 33 ) Fuerst Y Wolf. Principios Fundamentales De Enfermería. P. 102

## **A) Admisión del Paciente:**

Es muy importante identificar al paciente desde el momento de su ingreso, ya que esto permitirá facilitar la interacción enfermera-paciente, iniciándose a su vez el plan de cuidados que es de gran importancia, efectuándose la comunicación: inmediata entre estos.  
( 34 )

Identificar completamente a nuestro paciente, disminuye un poco la ansiedad.

El brazalete de identificación es el medio fundamental para verificar la identidad del paciente, debe ser cotejado antes de cualquier tratamiento, prueba diagnóstica o administración de medicamentos.

Se deberá tratar con prontitud y respeto, de una manera muy individualizada, otorgándole tranquilidad que requiere ante su temor y angustia, así como a la de su familia.

Cumpléndose así los siguientes objetivos: verificar la identidad del paciente y valorar su estado clínico, haciéndolo sentir tan cómodo como sea posible en su ambiente. ( 35 )

---

( 34 ) Fuerst Y Wolf. Principios Fundamentales De Enfermería ; P. 104

(35) Fuerst Wolf, Principios Fundamentales De Enfermería P .83

## **B) Preparación Psicológica:**

Cuando una persona se transforma en paciente y necesita la atención de los miembros de un equipo de salud. Sin embargo la enfermera debe prestar particular atención en todas las necesidades emocionales y espirituales del paciente que son tan importantes como las físicas ya que de esto dependerá en gran parte del éxito del tratamiento.

Hay disposiciones que el médico da a la enfermera y que esta realiza oportunamente, el paciente entonces, se transforma solo en vehículo intermediario, alguien a quien " se le hace algo" sin recibir el beneficio de alguna explicación. ( 36 )

Por esto se hace primordial la participación del paciente anticipadamente de cada una de las acciones que se realicen; así el paciente tendrá la oportunidad de comunicar sus inquietudes y liberarse de alguno de sus temores, convenciéndose así de que el también participa en el plan de su curación. (37)

Todo lo anterior debe tener como principio fundamental el respeto a la individualidad del paciente.

Llamándolo por su nombre, se le ayuda a colocarla en su cama, para que guarde el reposo que requiere y se coloque en posición cómoda, ya que esto ayudara a que disminuya su ansiedad y mejore un tanto las molestias que acompañan a su padecimiento.

---

(36) Fuerst Wolf, Principios Fundamentales De Enfermería. ; P. 34

(37) Fuerst Y Wolf, Principios Fundamentales De Enfermería. P.37

### **C) Toma de Signos Vitales**

Una vez colocado el paciente en su unidad, se procederá a la toma de los signos vitales, los cuales son sumamente importante desde el momento de su ingreso, ya que estos nos llevan a evaluar el estado físico, de tal forma que nos indicara cualquier complicación que presente nuestro paciente. Ya que el mecanismo del cuerpo que los gobierna es extremadamente sensible a cualquier cambio de lo normal. (38)

Ya que estos pacientes pueden presentar, taquicardia y presenta valores bajos de presión arterial. Por este motivo se debe de poner especial atención en su toma y registro. (39)

### **D) Administrar Soluciones Intravenosas**

Es el proceso ideal para la administración de grandes cantidades de líquidos al organismo, también de una forma lenta gota a gota, circunstancias que sin embargo permite aportar 2,000 – 4,000 cc o más en 24 hrs. Para la hidratación de pacientes. (40)

---

(38) Ibidem; P. 119

(39) Guyton Hall. Fisiología Y Fisiopatología. P. 284, 285

(40) Sitges Creus A., Manual De Enfermería Tomo II, P. 378

## **E) Cambio de Ropa Personal por la Hospitalaria e Identificación del Paciente**

Es parte de la norma de todo hospital que en cuanto ingrese un paciente a este, debe cambiarse inmediatamente con la ropa hospitalaria, ya que esta es parte de su identificación propia como paciente. (Siempre teniendo mucho cuidado en la custodia de sus pertenencias con las que ingresa).

El brazalete de identificación es el medio fundamental para verificar la identidad del paciente y ayuda a evitar errores en la asistencia. El brazalete debe ser cotejado antes de cualquier tratamiento, prueba diagnóstica o administración de medicamentos. (41)

## **F) Valoración del Estado de Conciencia**

Valore frecuentemente el estado psíquico del paciente, el decremento en el nivel de conciencia por mínimo que sea es signo inadecuado, razón por la cual hay que señalarlo inmediatamente al médico.

---

(41) Klusek Hamilton Helen, Bowen Rose Minnie. Procedimientos De Enfermería P. 8

## **G) Aplicación del Tratamiento por Vía Intravenosa**

Permite la administración intravenosa rápida de un medicamento, puede utilizarse para alcanzar concentraciones máximas del fármaco en el torrente sanguíneo, introducir medicamentos que no se puedan diluir o que no se puedan dar por vía intramuscular o este alterada la capacidad del paciente para absorberlos. (42)

## **H) Mantener la Integridad de la Piel**

El cuidado de la piel es de suma importancia. En los pacientes con hipovolemia ya existentes interfieren en el aporte de oxígeno a nivel celular lo que provoca trastornos en la perfusión y daño celular. (43)

## **I) Baño y Asco Diario**

Durante la hospitalización la enfermera debe poner especial atención en la limpieza del paciente, el baño diario, así como el cambio de ropa de cama. Contribuye a la prevención de infecciones de la piel, además de que la fricción estimula las terminaciones nerviosas mejorando la circulación periférica. (44)

---

(42) Fuerst Y Wolf, Principios Fundamentales De Enfermería. P.370

(43) D. Urden, Linda Op Cit. Pág. 403

(44) Berkow Roberto. El Manual Merck P. 1245

## **J) Satisfacer las Necesidades de Ingesta y Excreta Gastro Intestinal**

Durante la estancia hospitalaria la enfermera vigilara que la paciente cubra sus requerimientos nutricionales así como enseñara en coordinación con el departamento de dietologia una dieta que se adapte a su poder adquisitivo y a su preferencia de alimentos. (45)

## **K) Toma de Exámenes de Laboratorio**

Es importante recordar que el paciente de puerperio complicado en shock hipovolemico puede desarrollar complicaciones metabólicas muy graves, que de no detectarse oportunamente ponen en riesgo su vida, los exámenes de laboratorio pueden darnos datos específicos para evitar y/o detectar oportunamente estas complicaciones, por este motivo la enfermera debe tener la iniciativa de que al puncionar la vena para la administración de líquidos, recolecte las muestras para enviarlas lo antes posible al laboratorio. (46)

## **L) Anotaciones en la Hoja de Enfermería**

Anotar con cuidado la evolución del paciente y hacer las anotaciones pertinentes de todo lo acontecido al paciente, así como de alguna acción específica o procedimiento especial que se le realice

---

(45) D. Urden Linda Po Cit P. 403

(46) D. Urden Linda Cuidados Intensivos De Enfermería P. 402

## II. HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

### 2.1 Ficha de Identificación

Nombre: M.P.A.

Cedula: 7277510744 2f 19 67 OR.

Edad: 35 años

Sexo: femenino

Lugar de nacimiento y residencia: Acapulco Guerrero

Grado escolar: primaria

Estado civil: casada

Servicio: (Gineco-Obstetricia)

Ocupación: ama de casa

Persona responsable: esposo

No. De cama: 526

Religión: católica

Dinámica familiar: familia integrada con muy buena convivencia

## **2.2 Antecedentes Heredo Familiares**

Madre: viva, le realizaron histerectomía total abdominal, ignora la causa

Padre: vivo, le realizaron cirugía de tiroidectomía total

Hermanos: tres, vivos, una con cirugía de histerectomía y los demás sanos.

Hijos: tres sanos.

Esposo: dos sanos

## **2.3 Antecedentes Personales Patológicos**

Refiere haber padecido sarampión, faringitis y cuadros gripales en los cambios de clima.

Niega antecedentes alérgicos, transfuncionales, traumáticos y quirúrgicos.

Toxicomanías, ocasional la ingestión de bebidas alcohólicas y fuma dos veces al día

Cuadro de inmunizaciones: incompleto.

## **2.4 Antecedentes Personales No Patológicos**

Casa habitación tipo urbano, construcción de tabique y techo, cuenta con todos los servicios intra domiciliarios, 2 recamaras, una cocina, sala, comedor, baño completo y habitan 6 personas.

## **Hábitos Higiénicos**

Baño diario con cambio de ropa total, lavado de manos antes de preparar e ingerir alimentos y después de ir al baño, aseo bucal dos veces al día.

## **Hábitos Alimenticios**

Carne tres veces a la semana, leche una vez al día, verduras y frutas diario, huevo dos veces a la semana, agua tres litros al día.  
Ingreso familiar: el salario de su esposo (mesero) y el de ella (trabajadora domestica ocasionalmente)

## **2.5 Antecedentes Gineco-Obstetricos**

Menarca a los 12 años con ciclos menstruales de 26 x 4, no-dismenorrea, ni otras molestias.

V.S.A. a los 20 años, compañero sexual: dos

Gesta: 5                      abortos: 1  
Para: 4                      cesárea: 0

Uso de método anticonceptivo, el dispositivo intrauterino durante dos años, posteriormente con pastillas anticonceptivas.

## **2.6 Padecimiento Actual**

Lo inicia en el servicio de Gineco-Obstetricia de post parto gemelar presentando sangrado transvaginal abundante con útero flácido, piel pálida y fría. Agitada, inquieta, diaforética, taquicardia. Con una hipotensión arterial de 80/40, hipotérmica.

## **2.7 Exploración Física**

Paciente femenina consciente de 35 años de edad, de posparto gemelar con sangrado transvaginal abundante, útero flácido subinvolucionado por arriba de la cicatriz umbilical, al tacto vaginal con abundantes líquidos hemáticos y coágulos de aproximadamente 600ml. Con piel pálida y fría, taquicardia, hipotensa.

## **Resumen Clínico del Paciente**

Fecha de ingreso: 28 de mayo del 2002

Motivo: sangrado transvaginal abundante (rojo brillante) de post parto gemelar, pálida, fría, diaforética, hipotensa, útero flácido subinvolucionado por arriba de la cicatriz umbilical.

Signos vitales: T.A. 80/40 F.C. 130 x ' ' F.R. 18 Temp. 35.8 °C

Evaluación inicial: 20 de mayo del 2002

Se trata de paciente del sexo femenino de post parto gemelar, con sangrado transvaginal abundante, abundantes líquidos hemáticos y coágulos de aproximadamente 600ml. Con piel pálida y fría, taquicardia, hipotensa, útero flácido subinvolucionado por arriba de la cicatriz umbilical.

## **Resultados de Laboratorio**

Biometría hemática grupo Rh. O positivo.  
Hemoglobina: 7.5 leucocitos: 8.300

## **Química Sanguínea**

Glucosa 90Mg.  
Plaquetas: 110.000

creatinina

K.

**Diagnóstico Médico: Puerperio Complicado en Shock Hipovolémico.**

## **Indicaciones Médicas**

1. Oxitocina 20mg. IV a infusión
2. Oxitocina 20mg IV directa D.U..
3. Ergonovina 1 amp. 0.2mg. IM. D.U.
4. Hemacel.a infusión
5. Remacrodex, Sol. Hartman
6. Gluconato de Calcio 1 amp. IV lenta y diluida D.U.
7. Dextran
8. Sangre total
9. Masaje de útero. (abdomen)
10. Hielo local
11. Sol. Mixta + 20 U. de Oxitocina c/8 hrs.

## **Diagnósticos de Enfermería**

- **Sangrado transvaginal abundante de características rojo brillante relacionado a una atonía uterina manifestado por abdomen flácido, subinvolucionado por arriba de la cicatriz umbilical.**
  
- **Déficit de volumen de líquidos relacionado a la pérdida del volumen sanguíneo durante el puerperio inmediato, manifestado por hipotensión, taquicardia, piel pálida y fría.**
  
- **Hipotermia relacionada a la pérdida de líquidos manifestado por escalofríos, piel pálida y fría, recambio capilar lento, taquicardia.**
  
- **Anemia relacionada por la pérdida de un gran volumen de sangre manifestado por palidez de tegumentos, debilidad y mareos.**
  
- **Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionada al estado nutricional.**

### **III. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

#### **Objetivo General**

Elaborar y llevar a la práctica un Proceso de Atención de Enfermería dirigido al paciente de Puerperio Complicado en Shock Hipovolémico, evitando un deterioro hemodinámico irreversible.

## **Diagnóstico de Enfermería**

Sangrado transvaginal abundante de características rojo brillante, relacionado con una atonía uterina, manifestado por abdomen blando, útero subinvolucionado por arriba de la cicatriz umbilical.

## **Problema**

Sangrado transvaginal abundante

## **Razón Científica del Problema**

Si el útero esta sobredistendido por gemelos, las fibras musculares se han estirado hasta un punto en que no son capaces de retraerse con la rapidez y contraerse con la firmeza suficiente para ocluir los vasos abiertos en forma rápida después del parto, produciendo así la atonía uterina, y encontrándose el útero subinvolucionado por arriba de la cicatriz umbilical. (47)

## **Objetivos de las Acciones de Enfermería**

Contribuir a que la paciente disminuya la perdida de sangre, en un máximo de 20 minutos. Evitando un deterioro hemodinamico e irreversible.

## **Acciones de Enfermería**

### **A) Canalización de Dos Líneas Venosas y Preparar el Equipo para la Instalación de un Catéter Venoso Central.**

#### **Fundamento**

La instalación de dos líneas en venas periféricas es una de las medidas más rápidas y efectivas para la reposición de líquidos, sin embargo el cater venoso central puede ser indispensable para medir la presión venosa central en caso del que paciente no revierta su cuadro actual y el diagnostico se agudice. (48)

### **B) Administración de Occitocicos Y Ergonovina**

#### **Fundamento**

La occitocina es un vaso presor, estimula la frecuencia y potencia de actividad contráctil del músculo liso uterino.

La ergonovina es más activa y también su efecto es la estimulación uterina, se observe en forma rápida, alcanzan concentraciones máximas en el plasma y producen un efecto útero tónico. (49)

---

(48) Wilson, Robert, Ginecoobstetricia II . P. 311

(49) Solg. Hardman Las Bases Farmacológicas P. 1010

## **C) Masaje Uterino y Aplicación de Hielo en Abdomen**

### **Fundamento**

- Se realiza entre una mano introducida en la vagina y la otra palpando a través de la pared abdominal para así estimular su contracción uterina, las paredes del útero llegan a contraerse.

- El hielo local en abdomen produce vasoconstricción

## **D) Apoyo Psicológico**

Explicarle al paciente su padecimiento y la importancia de que se tranquilice.

El mejor método para aliviar el miedo a lo desconocido es ofrecer una explicación adecuada, con ello se establece confianza, seguridad, bienestar, tranquilidad y se enriquece notablemente la relación personal. (50)

## **E) Toma de Muestras de Laboratorio y Solicitud de Paquete Globular y Plasma**

### **Fundamento**

Se deben tomar muestras de sangre a fin de determinar el grupo y la compactibilidad mediante pruebas cruzadas.

Inicia con reposición de líquidos con expansores de volumen como el Hemacel, Remacrodex.

### **Evaluación**

Después de 40 minutos de medidas asistenciales dirigidas a disminuir el sangrado, el útero se palpa por debajo de la cicatriz umbilical.

El sangrado disminuyo aproximadamente a 150ml, en las siguientes 2 horas posteriores al inicio de las medidas asistenciales.

## **Diagnóstico de Enfermería**

Déficit de volumen de líquidos relacionado a la pérdida de volumen sanguíneo durante el puerperio inmediato manifestándose por hipotensión, taquicardia, piel pálida y fría, diaforética, oliguria.

### **Problema**

Déficit de volumen sanguíneo

### **Razón Científica del Problema**

La disminución del retorno venoso hacia el corazón y disminución subsecuente de gasto cardíaco, iniciando la reacción simpática y superficial que culmina en aumento de la resistencia periférica y taquicardia, con el objeto de conservar el riego tisular suficiente.

Las células no reciben oxígeno o nutrientes suficientes a causa de vasoconstricción venular y arteriolar, producido por aumento de las catecolaminas. (51)

## **Objetivos de las Acciones de Enfermería**

La paciente mejorara su estado hídrico para cubrir los requerimientos de consumo del organismo mediante la corrección oportuna del déficit de líquidos en un máximo de 4 horas.

## **Acciones de Enfermería**

### **A) Verificar la Permeabilidad de las Venoclisis**

#### **Fundamento**

Es de suma importancia el calibre de las venas para su más pronta reposición de líquidos y si es necesario tener listo el equipo para colocación de catéter venosa central.

## **B) Iniciar la Reposición de Líquidos**

### **Fundamento**

El líquido de reemplazo más adecuados son las soluciones cristaloides, como son las soluciones salinas, de dextrosa y sol. De Ringer con lactato, aumenta el volumen sanguíneo por una o dos horas hasta que se pueda administrar sangre total. (52)

## **C) Administración de O2**

Vigilar estado de conciencia y tener listo el equipo de intubación endotraqueal.

## **D) Vigilar los Signos Vitales Cada 15 Minutos (Monitorización) hasta que se Estabilicen**

### **Fundamento**

La monitorización de los signos vitales es de suma importancia ya que estas nos ayudan a valorar si el aporte de los líquidos son efectivos. (53)

---

(52) Cecil Wyngaarden. Tratado De Medicina Interna P. 249

(53) Urden D. Linda. Op Cit. P. 402

## **E) Control Estricto de Líquidos**

### **Fundamento**

El control de los líquidos nos ayudara a valorar el estado de hidratación del paciente, en especial los volúmenes urinarios que además nos proporcionara datos sobre la función renal. (54)

## **F) Vigilar Signos y Síntomas que Puedan Indicar Sobrecarga Circulatoria**

### **Fundamento**

Siempre que se rehidrata a un paciente se corre el riesgo de que la rápida expansión de volumen puede provocar sobrecarga circulatoria.

La enfermera debe prevenir la sobre carga de líquidos disminuyendo la velocidad de perfusión intravenosa a medida de que las constantes vitales se normalicen. (55)

---

(54) Urden D. Linda. Op Cit . P. 403

(55) Urden D. Linda. Op Cit. P. 402

## **Evaluación**

Después de 4 horas de reposición el paciente tiende a normalizar sus constantes vitales, la T.A. se encuentra en 110/70 y la Frecuencia Cardiaca en 97 latidos por minutos. Persistiendo la hipotermia.

## **Diagnóstico de Enfermería**

Hipotermia relacionada a la pérdida de líquidos manifestado por escalofríos, piel pálida y fría, recambio capilar lento, taquicardia.

## **Problema**

Hipotermia

## **Razón Científica del Problema**

El retraso del llenado capilar nos lleva a una vasoconstricción periférica; ocasionando así, una baja de la temperatura corporal.  
(56)

## **Objetivo de las Acciones de Enfermería**

Mantener la normotermia y evitar variaciones importantes de la temperatura corporal

## **Acciones de Enfermería**

### **A) Aplicación de Calor**

#### **Fundamento**

Debe tratarse aplicando medidas encaminadas a calentar al paciente y protegiéndola del medio ambiente ( con cobertores, lámparas, etc. )

### **B) Vigilar Llenado Capilar**

#### **Fundamento**

Se dirige a incrementar el suministro de oxígeno celular. Favoreciendo el aporte de oxígeno a los tejidos, disminuir las demandas de oxígeno y el gasto energético

### **C) Hacer Efectivo la Hidratación del Paciente**

#### **Fundamento**

Vigilar que se lleve acabo la buena hidratación para que no se presente signos de resistencia vasculares.

## **Evaluación**

Después de dos horas la temperatura corporal se fue incrementando progresivamente con todos los cuidados de enfermería que se le proporcionaron llegando a una temperatura de 36.4 °C .

## **Diagnóstico de Enfermería**

Anemia relacionada por la pérdida de un gran volumen de sangre manifestado por palidez de tegumentos, debilidad y mareos.

## **Problema**

Anemia

## **Razón Científica del Problema**

La aparición de anemia produce insuficiencia de la médula ósea, pérdida excesiva de eritrocitos o ambas. Apareciendo palidez de tegumentos, taquicardia, taquipnea, aumento del gasto cardíaco, etc.

Las cifras de hemoglobina disminuye en mayor grado que el número de eritrocitos y por esa causa estos últimos tienden a ser pequeños y mostrar falta relativa de pigmento. (57)

## **Objetivo de las Acciones de Enfermería**

Corregir la anemia dentro de un límite adecuado

## **Acciones de Enfermería**

### **A) Instalar Paquetes Globulares y Plasma Congelado Fresco**

#### **Fundamento**

El líquido de reemplazo más adecuado es la sangre total.

El plasma nos sirve para mantener la integridad de los factores de la coagulación. (58)

### **B) Aplicar Hierro Dextran 2 Cm Cada Tercer Día**

#### **Fundamento**

El hierro al combinarse con las cadenas de globina adecuadas forma la proteína hemoglobina encontrándose en esta el 70% del contenido corporal total del hierro por vía intramuscular. (59)

---

(58) Linda D. Urden Cuidados Intensivos De Enfermería. P. 532

(59) Bertram, G. Farmacología Básica Y Clínica. P. 702

## **C) Proporcionar Una Dieta Balanceada Que le Ayude a Mejorar su Estado Nutricional (Hiperproteica) Durante las Fases Iniciales y Tardías del Tratamiento.**

### **Fundamento**

Una dieta hiperproteica es esencial para la construcción, conservación y reproducción de todos los tejidos del organismo. El hierro es abundante en las proteínas animales y su absorción es más eficaz. Pues el hierro del grupo hemoglobina y mioglobina de la carne puede absorberse sin sufrir transformaciones.

### **Evaluación**

La anemia no fue corregida completamente ya que se requiere de todo un proceso como son los paquetes globulares, aplicación de vitaminas (hierro) y una buena alimentación hiperproteica.

A su egreso salió con una hemoglobina de 10.0gr.

Al egreso del hospital la paciente y su familiar cuenta con conocimientos y un menú escrito (dieta hiperproteica) especial para su pronta recuperación.

## **Diagnóstico de Enfermería**

Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionada al estado nutricional

## **Problema**

Deterioro de la integridad cutánea

## **Razón Científica del Problema**

Falta de irrigación tisular, el tiempo que lleva en cama, la anemia, falta de líquidos, la disminución del estado puede provocar u ocasionar lesiones en la piel principalmente en las salientes óseas.

## **Objetivos de las Acciones**

Prevenir que la paciente presente lesiones cutáneas durante la hospitalización, mediante cuidados de enfermería oportunos.

## **Acciones de Enfermería**

### **A) Baño Diario y Cambio de Ropa**

#### **Fundamento**

El baño diario, así como el cambio de ropa de cama contribuyen a la prevención de infecciones de la piel, además de que la fricción durante el baño estimula las terminaciones nerviosas mejorando la circulación periférica.

### **B) Mantener la Integridad de la Piel**

#### **Fundamento**

El cuidado de la piel es de suma importancia, se deben de cambiarse de posición por lo menos cada 2 horas, para disminuir la presión capilar y proporcionar una adecuada perfusión de los tejidos corporales.

## **C) Lavarse las Manos Antes y Después de Atender un Paciente**

### **Fundamento**

El lavado de manos ayuda a disminuir la transición de microorganismos(60)

## **D) Utilizar una Técnica Aséptica Para Colocar o Manipular Vías Intravenosas**

### **Fundamento**

Utilizar una técnica aséptica nos ayuda a colocar una barrera protectora contra microorganismos. (61)

## **E) Lubricación de la Piel**

### **Fundamento**

Es importante tener lubricada la piel para favorecer la humedad adecuada y de posibles laceraciones de la piel principalmente en las terminaciones óseas.

---

(60) Ponce De León Samuel. Manual De Prevención Y Control De Infecciones Intra hospitalarias. P. 16

(61) Ponce De León Samuel. Manual De Prevención Y Control De Infecciones Intra hospitalarias. P. 18

## **Evaluación**

**El paciente se mantuvo prevenido de posibles infecciones y deterioro de la piel, después de cinco días de estancia hospitalaria, a su egreso del hospital.**

## CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

1. El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno del Shock Hipovolémico de esta paciente, fue determinante para el buen pronóstico oportuno del mismo.
2. La aplicación oportuna de la terapéutica y de los cuidados integrales por parte de enfermería contribuyeron para el restablecimiento del paciente.
3. Además me dejo como enseñanza lo relevante que es la realización de dicho proceso en cada uno de nuestros pacientes y lo importante que es la participación del mismo durante su atención.
4. También me dejo como enseñanza que los mecanismos tanto en las actividades diarias a realizar que nos olvidamos de retomar y efectuar dichas actividades con fundamento científico, con respeto, honestidad y con un alto sentido humano para lograr la satisfacción de nuestro principal objetivo, nuestro paciente.
5. Fue sumamente importante la revisión bibliográfica para la realización de este proceso de atención de enfermería para conocer cada uno de los pasos que lo componen y facilitar así la elaboración del mismo.
6. La enfermera debe orientar a la paciente de la importancia que debe tener una buena dieta (hiperproteica) para su pronta recuperación de la anemia.

7. Del objetivo del plan de atención de enfermería se alcanzo a través de lo propuesto, mediante la vigilancia constante, lo cual favoreció su evolución y recuperación durante su estancia hospitalaria y hasta su egreso.
  
8. La propuesta es concientizar al personal de enfermería sobre la relevancia que tiene la utilización del proceso de atención de enfermería, para que desarrollen con razonamiento lógico y con capacidad metodológica, todas las acciones en su desarrollo y que hacer profesional implementando planes de atención individualizados utilizando el método científico de una manera planeada, organizada y sistematizada para otorgar atención integral, oportuna y de calidad, con el objetivo de recuperar y mantener la salud con el menor daño posible, disminuyendo secuelas y rehabilitando e integrando al individuo, familia y comunidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alfaro Rosalinda, Aplicación Del Proceso de Enfermería. Barcelona, España. 1989. Editorial Doyna. P. 96
2. A.M.H.G.O. No. 3 Imss Ginecología y Obstetricia. 3° Edición. Editorial Méndez Editores, S.A. de C.V. P. 603, 610
3. Berko W. Roberto. El Manual Merck de Diagnostico y Terapéutica. 9° Edición, Editorial Océano, Centrum; España 1994. P. 1245
4. Bertram, G. Farmacología Básica y Clínica. 3° Edición, México, D.F. Manual Moderno 1987. P. 702
5. Brunner Sholtis Lilian. Manual de Enfermedad. 4° Edición, Editorial Interamericana. P.1092
6. Cunningham Mac. Donald. Técnicas Quirúrgicas. Editorial 4° Edición 1996. Editorial Mason, S.A. Tomo Único. P.585, 598

7. Fuerst Y Wolff. Principios Fundamentales de Enfermería. 12º Edición, Editorial La Prensa Medica Mexicana 1980. P. 34, 83, 102, 104.
8. Jose Halaboa, Lifss Hit2. Medicina Interna, El Internista. 1º Edición, Editorial Mc. Graw-Hill. Interamericana. P. 836, 837
9. Kathleen M. Stacy, Cuidados Intensivos de Enfermería. 2º Edición. Editorial Hardcourt, Brace de España. P. 455, 456, 459, 479, 480.
10. Kolthof, Anthony, Anatomía y Fisiología, 8º Edición, México, Editorial Interamericana, 1984. P. 622
11. Kozier Barbara Et. Al. Líquidos y Electrolitos Fundamentales de Enfermería. Interamericana. Mc. Graw-Hill, 1994. P. 296, 297.
12. Linda D. Urden, Cuidados Intensivos de Enfermería. 2º Edición De La Obra Original, Ed. Harconrt, Brace De España 1988. P. 399, 402, 403, 459, 503, 517, 531, 532, 533.

13. Mary E. Lough. Cuidados Intensivos de Enfermería. 2º Edición, Editorial Harcourt, Brace De España. P. 531, 532
14. Ponce de León Samuel, Et. All. Manual de Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias. Organización Panamericana de la Salud. Ops/Oms. P. 16, 18
15. Quiroz Gutiérrez Fernando. Anatomía Humana. Edición Trigésima. Segunda Ed. 1993. Editorial Purrua, S.A. P. 316, 318
16. Robin Cotran, Patología Estructural y Funcional. 2º Edición, Editorial Interamericana. P. 1092
17. Segatore, Luigi. Diccionario Medico. 5º Edición, Editorial Barcelona, 1975. P. 1226.
18. Sol. G. Hardman Lee E. Limbird. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. Novena Edición. Vol. 1, 1996

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA 69

19. Tortora, Contran Gerardo, Principios de Anatomía Y Fisiología. 5° Edición. México, Editorial Karla 1989. P. 934, 936
20. Wieck, L. King. E. Técnicas de Enfermería. 39° Edición, México, Editorial Interamericana 1988. P.7
21. Wilson, Robert Y Carrigton. Ginecoobstetricia Ii. Esc. Nac. Enf. Obst. P. 310, 311
22. Wuyton Arthur C. Md, John E. Hall. Fisiología y Fisiopatología. 6° Edición. Editorial Mc. Graw Hill Interamericana México, D.F. 1998. P. 284, 285.
23. Wyngaarden / Smitt / Bennett. Cecyl. Tratado de Medicina Interna. 19 Edición, Editorial Interamericana 1994