



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN RIESGO DE SHOCK
HIPOVOLÉMICO MEDIANTE ENFOQUE NANDA NOC Y NIC.

CARRILLO VICHE TERESA STHEFANIA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2018



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN RIESGO DE
SHOCK HIPOVOLÉMICO MEDIANTE ENFOQUE NANDA NOC Y
NIC.

CARRILLO VICHE TERESA STEFANIA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2018



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

EXAMEN COMPLEXIVO

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN RIESGO DE SHOCK
HIPOVOLÉMICO MEDIANTE ENFOQUE NANDA NOC Y NIC.

CARRILLO VICHE TERESA STHEFANIA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

VEGA SIGUENZA LUCIO GUILLERMO

MACHALA, 22 DE AGOSTO DE 2018

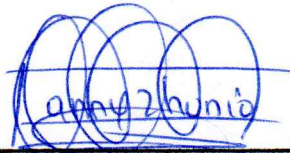
MACHALA
22 de agosto de 2018

Nota de aceptación:

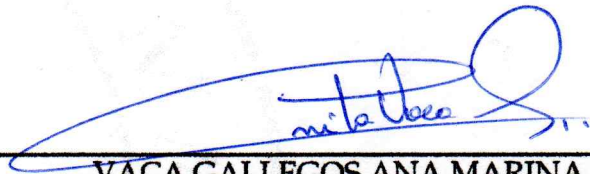
Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN RIESGO DE SHOCK HIPOVOLÉMICO MEDIANTE ENFOQUE NANDA NOC Y NIC., hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.



VEGA SIGUENZA LUCIO GUILLERMO
0701833816
TUTOR - ESPECIALISTA 1



ZHUNIO-BERMEO FANNY ISABEL
0702419185
ESPECIALISTA 2



VACA GALLEGOS ANA MARINA
0703707430
ESPECIALISTA 3

Fecha de impresión: jueves 23 de agosto de 2018 - 15:06

Urkund Analysis Result

Analysed Document: Allison Guerrero Urkund.docx (D40688636)
Submitted: 7/31/2018 11:46:00 PM
Submitted By: aguerrero_est@utmachala.edu.ec
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

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

La que suscribe, CARRILLO VICHE TERESA STHEFANIA, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN RIESGO DE SHOCK HIPOVOLÉMICO MEDIANTE ENFOQUE NANDA NOC Y NIC., otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

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

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

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

Machala, 22 de agosto de 2018



CARRILLO VICHE TERESA STHEFANIA
0706490364

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios quien es él que me ha dado fuerzas para continuar a pesar que han habido adversidades, pero las he podido vencer y lograr mis objetivos propuestos, para llegar hasta este momento tan importante de mi formación.

A mis madre, hermano, padre y a toda mi familia por su apoyo y amor incondicional, durante toda mi vida, siempre han estado junto a mi en los buenos y malos momentos guiándome, dándome palabras de aliento y amor.

Gracias también a mis docentes de toda mi carrera porque me inculcaron conocimientos para mi formación profesional, me han guiado, aconsejado y brindado no solo sus conocimientos sino también su cariño y paciencia para así lograr concluir mi trabajo.

RESUMEN

El shock hipovolémico es la pérdida sanguínea o líquidos del organismo, alrededor de la quinta parte del volumen total correspondiente al 20 % de la cantidad de líquidos, ocasionando que el corazón sea incapaz de bombear sangre suficiente a las diversas partes del cuerpo, es la complicación principal en pacientes politraumatizados, la hemorragia no controlada causa entre 30% al 40% de la mortalidad en traumas y por encima del 80% de muertes dentro de quirófano, la atonía uterina es la causa principal de la hemorragia entre el 75% a 90%. Los factores que ocasionan el estado de shock pueden ser hemorrágico: sangrado gastrointestinal o vaginal, operatorio, alguna lesión traumática, la rotura de un aneurisma de la arteria aorta o sangrado gastrointestinal; y no hemorrágico, por carencia general de volumen de líquido corporal o por desplazamiento de líquido al espacio extracelular. Las manifestaciones clínicas son: taquipnea, taquicardia, vasoconstricción cutánea, piel diaforética, hipotensión, oliguria, alteración del estado de conciencia. El presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar el principal riesgo de shock hipovolémico mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería en base a la taxonomía NANDA NOC Y NIC, empleando la teoría de la historia natural de la enfermedad y los patrones funcionales de Marjory Gordon. La metodología utilizada fue mediante recopilación de fuentes bibliográficas actualizadas de artículos científicos de gran impacto. La aplicación de los cuidados de enfermería estará destinada al manejo y control del shock de manera inmediata para prevenir secuelas e incluso la muerte.

PALABRAS CLAVES: Shock hipovolémico, politraumatizados, atonía uterina, diaforética, oliguria, vasoconstricción.

ABSTRACT

Hypovolemic shock is the loss of blood or fluids from the body, about a fifth of the total volume corresponding to 20% of the amount of fluids, causing the heart to be unable to pump enough blood to the various parts of the body, is the complication Main in polytraumatized patients, uncontrolled bleeding causes between 30% to 40% of mortality in traumas and above 80% of deaths within the operating room, uterine atony is the main cause of bleeding between 75% to 90% . The factors that cause the state of shock can be hemorrhagic: gastrointestinal or vaginal bleeding, operative, some traumatic injury, rupture of an aortic artery aneurysm or chronic gastrointestinal bleeding; and non-hemorrhagic, due to a general lack of volume of body fluid or displacement of fluid to the extracellular space. The clinical manifestations are: tachypnea, tachycardia, cutaneous vasoconstriction, diaphoretic skin, hypotension, oliguria, altered state of consciousness. The objective of this research work is to determine the main risk of hypovolemic shock through the application of the nursing care process based on the NANDA NOC and NIC taxonomy, using the theory of the natural history of the disease and the functional patterns of Marjory. Gordon. The methodology used was by means of compilation of updated bibliographical sources of scientific articles of great impact. The application of nursing care will be aimed at the management and control of shock immediately to prevent sequelae and even death.

KEYWORDS: Hypovolemic shock, polytraumatized, uterine atony, diaphoretic, oliguria, vasoconstriction.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	1
RESUMEN	2
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	5
DESARROLLO	7
Antecedentes	7
Factores de riesgo	7
Clasificación	8
Fisiopatología	9
Diagnóstico	11
Tratamiento	12
Complicación	13
Pronóstico	13
Teoría de los patrones funcionales de Marjory Gordon	13
Proceso de Atención de Enfermería en paciente con riesgo de shock hipovolémico	14
CONCLUSIÓN	16
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	18
ANEXOS	20

INTRODUCCIÓN

El término shock es asignado a un trastorno generalizado de flujo sanguíneo, que origina un abastecimiento inadecuado de oxígeno a los tejidos (1). Es resultante de una precarga reducida por una carencia de volumen intravascular, el declive de la precarga descende el gasto cardiaco y las resistencias vasculares periféricas incrementan, para tratar de contrarrestar la disminución del gasto cardiaco y conservar la perfusión de los órganos vitales (2).

Según Finger y Vincent (3), en su estudio indican que un tercio de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos presentaron shock, el 2% manifestó shock obstructivo, 4% shock distributivo, el shock hipovolémico y cardiogénico se presentaron en un 16%, mientras que un 62% el shock séptico, siendo este el más común. Morales (4), menciona que el shock hipovolémico se presenta en el 14,9 % de los fallecimientos en pacientes adultos mayores sometidos a operación.

El shock se da por diversas causas: clínicas, gineco-obstétricas, y quirúrgicas. Parra (5), establece que el shock hipovolémico es la complicación principal en pacientes politraumatizados. Se denota que cuando es por hemorragia no controlada causa el 30% al 40% de la mortalidad en traumas y por encima del 80% de muertes dentro de quirófano, al actuar de manera y tiempo correcto puede evitarse la muerte. A menudo los pacientes evolucionan a grados diversos de trastornos hemorrágicos o coagulopatías, hipotermia y acidosis metabólica, considerados el círculo vicioso del sangrado, la tríada letal del trauma (6), Rani y Begum (7), mencionan que la atonía uterina es la causa principal de la hemorragia entre el 75% a 90% en las embarazadas. En este contexto se ha dado situaciones en paciente con riesgo de shock hipovolémico por diferentes causas, manifestado principalmente por hipotensión.

El presente trabajo se realiza en base a la teoría de la historia natural de la enfermedad de Leavell y Clark durante el periodo patogénico, aplicando el proceso de atención de

enfermería (PAE), el cual consiste en una serie de procedimientos que contribuirá a la determinación de alteraciones de los patrones funcionales de Marjory Gordon que se manifiestan en un paciente con riesgo de shock hipovolémico, mediante enfoque NANDA NOC Y NIC.

DESARROLLO

Antecedentes

El síndrome del shock es una irregularidad funcional del sistema circulatorio, al tiempo que se da esta situación hay una desigualdad perdurable entre la capacidad de los vasos sanguíneos y el volumen intravascular, ocurriendo déficit de oxígeno celular en los tejidos, y el daño metabólico, causada por el trastorno microcirculatorio (8), según Mourao y Soares (9), corresponde a la tercera parte de los ingresos en unidad de cuidados intensivos.

De acuerdo a su origen se clasifica en hipovolémico, obstructivo, distributivo y cardiogénico, dentro de shock distributivo se encuentra el shock séptico, anafiláctico y neurogénico; el shock séptico se presenta en mayor prevalencia en un 62%, mientras que el cardiogénico e hipovolémico en el 16% (3).

El shock hipovolémico es la pérdida sanguínea o de líquidos considerable del organismo, alrededor de la quinta parte del volumen total correspondiente al 20 % de la cantidad de líquidos, ocasionando que el corazón sea incapaz de bombear la sangre idónea a las diversas partes del cuerpo (10), resultado del descenso del volumen sanguíneo transvascular a esto se lo denomina hipovolemia, esto provoca que el gasto cardíaco baje, llevando así a la decadencia de la presión de llenado sistémico (1).

Factores de riesgo

Shock hipovolémico hemorrágico: Se da por sangrado, lo que ocasionará la pérdida de eritrocitos, puede tener origen externo: por sangrado gastrointestinal o vaginal, operatorio, alguna lesión traumática, o de origen interno, no será notoria la pérdida de volumen sanguíneo como: la rotura de un aneurisma de la arterias aorta o sangrado gastrointestinal (1) (11).

Shock hipovolémico no hemorrágico: se da a consecuencia de deshidratación, por carencia general de volumen de líquido corporal o por desplazamiento de líquido, desde el espacio intravascular hacia el extracelular, ya sea por diarrea, vómitos, por quemadura o alguna patología que provoque la pérdida de agua y electrolitos, como: traumatismos, pancreatitis, obstrucción del intestino delgado (1) (11).

Clasificación

Según el Apoyo Vital Avanzado en Trauma (ATLS) se subdivide en 4 grados a la hemorragia según características clínicas:

Clase I: Es cuando hay pérdida sanguínea menor a 15% y menor a 750 ml, frecuencia cardíaca menor a 100 latidos por minuto, presión sanguínea normal, presión del pulso normal o aumentada, frecuencia respiratoria de 14 a 20 respiraciones por minuto, estado mental ligeramente ansioso, diuresis mayor a 30 ml/h, la restitución inicial debe ser con líquidos cristaloides (12).

Clase II: corresponde a la pérdida sanguínea de 15% a 30% y de 750ml a 1500 ml, frecuencia cardíaca de 100 a 120 latidos por minuto, presión sanguínea normal, presión del pulso reducido, frecuencia respiratoria de 20 a 30 por minuto, estado mental ligeramente ansioso, diuresis de 20-30 ml/h, la restitución inicial debe ser con solución cristaloides (12).

Clase III: Se considera cuando hay pérdida sanguínea de 30% a 40% y 1500 ml a 2000 ml, frecuencia cardíaca de 120 a 140 latidos por minuto, presión sanguínea reducida, presión del pulso reducido, frecuencia respiratoria de 30 a 40 por minuto, estado mental ansioso, confundido, diuresis de 5-15 ml/h, la restitución inicial será con líquidos cristaloides y sangre (12).

Clase IV: es cuando hay pérdida sanguínea mayor a 40% y mayor a 2000 ml, frecuencia cardíaca mayor a 140 latidos por minuto, presión sanguínea reducido en mayor medida, presión del pulso reducido, frecuencia respiratoria mayor a 35 por minuto, estado mental confundido, letárgico, diuresis mínima, la restitución inicial debe ser con líquidos cristaloides y sangre, la mayor parte de los usuarios con shock hipovolémico necesitan 300 ml de electrolitos por cada 100 ml de pérdida de sangre (12).

Fisiopatología

El proceso del shock hipovolémico comienza con el declive del gasto cardiaco como efecto de una perturbación hemodinámica, puesto que una disminución del volumen de la sangre causa la caída de la presión venosa sistémica y el llenado cardiaco, lo que se expresa con la reducción del volumen de la parte final de la presión diastólica, conocida como telediastólica, disminuyendo así el volumen sistólico y gasto cardiaco, originando hipotensión generalizada, con el subsecuente descenso de la presión del paso de sangre por los vasos sanguíneos, por lo cual no llega suficiente sangre a los tejidos, el oxígeno desciende a nivel crítico, provocando isquemia celular, seguidamente reprime la función de traslado mitocondrial que promueve la reducción de los fosfatos de suma importancia para la integridad de la membrana y la función metabólica celular (1). Los órganos perjudicados por deficiencia de oxígeno en la sangre no tienen la misma reacción, el corazón, pulmón y cerebro resisten de 4 a 6 minutos, los órganos abdominales soportan de 45 a 90 minutos, la piel y tejido muscular resisten entre 4 a 6 horas (13).

Fases del shock hipovolémico

Fase I. Disminución del calibre de un vaso o anoxia isquémica, estrechez arteriolar, cerramiento de esfínter pre y post capilar abertura de shunt arteriovenoso causa descenso de presión hidrostática capilar (13).

Fase II. Manifestación de la zona vascular, el requerimiento de oxígeno celular indica la abertura de los capilares, lo cual es señal de menor sangre circulante que lleva a una reducción de la presión venosa central y por consiguiente a la disminución del gasto cardíaco. El metabolismo celular pasa de aerobio a anaerobio iniciando el acumulo de ácido láctico y potasio en el espacio intersticial (13).

Fase III. La acidez del medio, más la disminución de la velocidad circulatoria, conducen el incremento de la viscosidad de la sangre, que beneficia la coagulación intravascular con consumo de factores de coagulación y liberación de enzimas líticas que conducen a la autólisis (13).

Fase IV. Choque irreversible. Se producen fibrinolisinias que conllevan a la necrosis con daño orgánico en relación a la extensión del proceso (13).

Triada letal

Acidosis.- El sangrado excesivo ocasiona que el oxígeno de los tejidos disminuya debido a la caída del gasto cardíaco y anemia. En pacientes con trauma torácico y contusión pulmonar ocurrirá acidosis metabólica por eliminación de CO₂ de manera inadecuada, resulta de la fabricación de ácido fosfórico, láctico y aminoácidos inoxidados, a causa del metabolismo anaeróbico generado por hipoperfusión, el desenlace de la acidosis es: coagulación intravascular dispersa por inactivación de varias enzimas de la cascada de la coagulación, descenso de la contractilidad miocárdica, por reducción de la respuesta ionotrópica a las catecolaminas, arritmias ventriculares, extensión del tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina, decaimiento de la actividad del factor V de la coagulación (13).

Hipotermia.- La señal de cambio de temperatura en las vísceras es proporcional al flujo sanguíneo, la pérdida de calor es por conducción térmica de órganos localizados a más de cinco centímetros de la piel, la disminución de temperatura de los órganos profundos

es por flujo sanguíneo entre la temperatura corporal y el gasto de oxígeno, como consecuencia de esto se presenta: depresión cardíaca, esto ocasiona reducción de la frecuencia y gasto cardíaco, elevación de la resistencia vascular sistémica, arritmias, descenso de la frecuencia de filtración glomerular y fallo de la absorción del sodio, reducción de la distensibilidad pulmonar, acidosis metabólica, depresión del sistema nervioso central, desvió hacia la izquierda de la curva de disociación de la hemoglobina (13).

Coagulopatía.- Es un trastorno del sistema de coagulación que funciona de manera deficiente, es decir la sangre es incapaz de coagularse a consecuencia de un fallo en los factores de coagulación por depleción, dilución o inactivación de los mismos, incide en pacientes politraumatizados, predice la mortalidad cuando los valores de TP son mayores a 14.2 segundos o un tiempo parcial de tromboplastina mayor a 38.4 segundos, y trombocitopenia inferior a 150.000/ μ L (13).

Diagnóstico

Hay varios tipos de shock que pueden presentarse en pacientes que han sufrido un trauma grave, puede ser cardiogénico, obstructivo, medular o hemorrágico. Por lo que se debe llevar a cabo una buena anamnesis y exploración física, se valora la presión arterial, el pulso y sus características, llenado capilar, frecuencia respiratoria, temperatura corporal, presión venosa yugular, se auscultará el corazón, pulmón, abdomen, observar si no hay presencia de edema en extremidades, valoración del estado de la piel (14).

El nivel de gravedad del shock hipovolémico se lo puede diagnosticar a tiempo, cuando es producido externamente, mientras que en la hemorragia interna hay problemas de diagnóstico porque no es fácilmente detectable progresando hacia un shock grave (1).

Leve: se presenta carencia del 20% del volumen de la sangre, se lo determina por presencia sudoración de extremidades, y palidez de la piel, la tensión arterial y la diuresis se encuentran en los valores tolerables (1).

Moderado: habrá carencia del 20% a 40% de volumen de sangre, también se presentarán los signos del shock leve, manifestándose disminución de diuresis, ansiedad e intranquilidad (1).

Grave: se presenta carencia del volumen de la sangre mayor a 40%, presión arterial baja, disminución de diuresis, sudoración que provoca somnolencia, caída del débito cerebral y fallecimiento (1). También nos podemos ayudar de pruebas de laboratorio basándonos en el hemograma y bioquímica completa.

Características defintorias

En el contexto prehospitalario los exámenes de laboratorio nos ayudan a diagnosticar el shock, por lo que esto se debe realizar mediante valoración clínica, la determinación del estado de shock se valora los signos y síntomas: taquipnea, taquicardia sin causa justificada, vasoconstricción cutánea, diaforesis, hipotensión, oliguria: diuresis por debajo de 0.5 ml/h, esto puede ser ocasionado por la derivación de la corriente sanguínea renal a algunos de los órganos vitales o la disminución de la cantidad de líquido intravascular, si se presenta este signo irá acompañado de hipotensión postural, anhidrosis, piel y mucosas resacas, alteración del estado de conciencia, acidosis metabólica, distrés respiratorio, isquemia miocárdica, hepatitis y colitis isquémica (14).

Tratamiento

Colocar al paciente en posición Trendelenburg a 10°, reprimir el factor que lo ocasionó, oprimir el sangrado en la hipovolemia, restitución de líquidos inmediatamente por administración endovenosa, si la cantidad administrada no es la suficiente habrá un déficit, indicando que la hipovolemia continua, mientras que el exceso causará que se produzca una sobrecarga, elevando la presión venosa, edemas por desplazo de líquidos hacia los espacios intersticiales y repercutirá en los órganos y sistemas porque continúa la hipoxia en células y tejidos, ocasionado la muerte (15), se deberá administrar sangre cuando los niveles de hemoglobina estén por debajo de 9 g/dl, si el sangrado perdura se

controla ejerciendo presión directa sobre la zona con torniquetes o si es posible ligando los vasos donde se está produciendo el sangrado, mantener vías aéreas permeables, de ser necesario se debe colocar oxigenoterapia de 3-5 litros por minuto o ventilación mecánica por medio de tubo endotraqueal, no es recomendable utilizar medicamentos, vasopresores y corticoides en este tipo de shock, su uso es limitado, eso dependerá de la causalidad del shock, el tratamiento adecuado y temprano es mediante formas terapéuticas no farmacológicas (1).

Complicación

La complicación al no actuar inmediatamente frente al shock es un fallo orgánico irreversible, provocando daño de varios sistemas, se suspende la secreción de orina por insuficiencia renal aguda, disminuirá el gasto cardiaco, debido a un cambio del metabolismo celular, habrá agitación, desorientación entrando en un estado profundo de inconsciencia o muerte del paciente (14).

Pronóstico

Para la supervivencia del paciente que presenta shock hipovolémico dependerá exclusivamente de la velocidad de su diagnóstico y la actuación inmediata del equipo de salud (14).

Teoría de los patrones funcionales de Marjory Gordon

Esta teoría se basa en la valoración de once patrones funcionales, los mismos que se refieren a los procesos vitales, Marjory Gordon los define como: “Una composición de conducta similares en todos los individuos, que intervienen en su salud, calidad de vida, se manifiestan de forma ordenada a lo largo del tiempo y proveen un marco para la valoración independiente de la edad, el nivel de cuidados o la patología” (16). La mejoría o el infortunio de la recuperación del paciente depende de los cuidados de enfermería, por lo que es de suma importancia objetivar la valoración (17), determinando las alteraciones que se presente en los patrones funcionales a causa de una

patología, en este caso por riesgo de shock hipovolémico. Lo patrones que se verán afectados referente al presente caso son: percepción de la salud, nutricional-metabólico, eliminación, actividad-ejercicio, reposo-sueño, cognitivo-perceptual, autopercepción-autoconcepto, rol-relaciones, sexualidad-reproducción, afrontamiento-tolerancia al estrés, valores-creencias (18).

Proceso de Atención de Enfermería en paciente con riesgo de shock hipovolémico

El PAE es un conjunto de acciones o intervenciones, brindado por el personal de enfermería a los pacientes a través de la atención directa, es la aplicación del método científico a la práctica asistencial de manera sistemática, ordenada y lógica respondiendo a las necesidades del paciente brindando calidad en los cuidados para su pronta mejoría (19). Consta de cinco fases:

Valoración: Es la primera fase del proceso, aquí se recogerá e interpretará información sobre el estado de salud del individuo, familia o comunidad y conocer los factores de riesgo que pueden ocasionar la enfermedad o complicación, se recopilarán datos sobre la historia de salud del paciente y los antecedentes patológicos familiares, también consiste en el examen físico para determinar el problema (20). Paciente se encuentra confuso desorientado, no responde al estímulo verbal, facies pálidas, piel fría y sudorosa, taquipneico, presenta hipotensión, taquicardia, pulso débil. Patrones que se ven principalmente afectados: percepción de la salud, de eliminación, nutricional-metabólico, cognitivo-perceptual.

Diagnóstico: Es el juicio clínico, la afirmación sobre el estado clínico de un paciente, mediante el estudio de los datos obtenidos con la valoración (21). Déficit del volumen de líquidos relacionado con la pérdida del volumen de líquidos, manifestado por disminución de la presión arterial, aumento de la frecuencia cardíaca, cambios en el estado mental.

Planificación: En esta fase se fijarán y se ordenarán los cuidados de manera prioritaria, que serán establecidos de acuerdo a las necesidades de los pacientes en relación a los

patrones funcionales alterados con el fin de evitar, disminuir o eliminar complicaciones (21), para ello nos apoyaremos en el PLACE (Plan de Cuidados de Enfermería) y la taxonomía NANDA NOC Y NIC.

Ejecución: En esta etapa se aplicará el PLACE elaborado, es decir, procederemos con las intervenciones y los cuidados de enfermería de manera organizada para alcanzar nuestro objetivo en el paciente, brindando cuidados de calidad (21).

Evaluación: Es la última etapa del PAE, mediante la evaluación podremos determinar si los cuidados aplicados por el personal de enfermería fueron oportunos, eficaces y efectivos, eso lo verificaremos valorando el estado actual del paciente, observando la evolución positiva del mismo (21).

CONCLUSIÓN

Según la guía de práctica clínica para prevención y manejo de hemorragia posparto, 2013, el sangrado obstétrico es una de las principales causas de mortalidad materna, coincidiendo con Marrugo et al, 2013, que relaciona la causa de hemorragia posparto con la ascariasis, provoca alteración de los tiempos de coagulación, según la OMS aproximadamente cuarenta y cuatro millones de embarazadas presentan algún tipo de parasitosis, con mayor incidencia es la ascariasis, por lo que la hemorragia posparto es una de las primeras causas de muerte materna y la principal complicación de esto es el shock hipovolémico, por otro lado según Rani, 2017, la principal causa de muerte materna es la atonía uterina entre un 75% a 90%.

Según Parra, 2011, el shock hemorrágico está dentro de los tipos más frecuentes de shock, causante de muerte en transquirúrgico o postoperatorio, y en pacientes politraumatizados, el 80% corresponde a muertes intraoperatorias y el otro 20% al primer día después del trauma, por lo contrario, Finger y Vincent, 2013, indican que el shock hipovolémico y cardiogénico se presentó en un 16%.

Mamede et al, 2018, indica que durante la operación quirúrgica a un paciente se observó sangrado en gran cantidad e inician inmediatamente con reposición de líquidos utilizan solución cristaloides 8500 ml, se manifestó shock hipovolémico, administraron 2 unidades de paquetes globulares y noradrenalina, después de media hora se logró estabilizar al paciente, y se lo derivó a cuidados intensivos con recepción de norepinefrina. Carrillo y Elguea, 2017, coinciden en que el manejo inicial es la reposición de líquidos con soluciones endovenosas cristaloides, de ser necesario se administrará hemoderivados y fármacos, no es recomendable la administración de medicamentos, su empleo es limitado, el tratamiento es mediante formas terapéuticas no farmacológicas según el estudio de Quispe y Llusco.

Concluyo que el shock hipovolémico se puede dar por distintas causas, determinar el riesgo de este tipo de shock es predecible cuando la causa es notoria a través de sangrado expuesto por algún trauma o patología, cuando el shock hipovolémico es no hemorrágico, se presenta otros signos como vómitos y diarreas no controladas a tiempo, o alguna quemadura u otra patología que contribuya a la pérdida de líquidos corporales es un poco más complicado, se necesitará de una minuciosa valoración.

Nosotros como personal de enfermería responsables del cuidado del paciente, aplicaremos el PAE con relación a la alteración de los patrones funcionales, para ello debemos valorar el estado evolutivo del paciente, por lo general cuando se inicia el proceso del shock hipovolémico no evidenciable a simple vista, se lo podrá detectar por piel pálida, el pulso se elevará y será débil, el paciente estará agitado, diaforético, se aplicará conocimientos científicos, para identificar la causa inmediatamente y así prevenir que se establezca el shock, la supervivencia del paciente dependerá de la actuación rápida no solo del personal de enfermería sino de todo el personal de salud.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Quispe Ramos D, Llusco Magne H. SHOCK HIPOVOLÉMICO. Rev. Act. Clin. Med [revista en la Internet]. 2013 Septiembre; 36: p. 1867-1872.
2. Canencia Hernández C, Barranco Zafra R. ACTUALIZACIÓN DEL MANEJO DEL PACIENTE EN SHOCK. tercera ed. S.L BP, editor. España; 2014.
3. Finfer S, Vincent J. Circulatory Shock. N Engl J Med. 2013;; p. 1726-1734.
4. Morales Gonzalez R. Mortalidad posoperatoria intrahospitalaria de los adultos mayores en Cirugía General. Revista Cubana de Cirugía. 2003 Octubre-Diciembre; 42(4).
5. Parra V. Shock hemorrágico. Revista Médica Clínica Las Condes. 2011 Mayo 3; 22(3): p. 55-64.
6. Barbosa J, Breda M, Souza R, Rocha J, Carvalho M. Resucitación hemostática en el choque hemorrágico traumático: relato de caso. Revista Brasileira de Anestesiologia. 2013 Enero-Febrero; 63(1): p. 103-106.
7. Rani R, Begum J. Recent Advances in the Management of Major Postpartum Haemorrhage - A Review. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2017 Febrero; 11(02): p. QE01 - QE05.
8. Fülöp A, Turóczy Z, Garbaisz D, Harsányi L, Szijártó A. Experimental Models of Hemorrhagic Shock: A Review. European Surgical Research. 2013 Junio; 50(2): p. 57-70.
9. Mourao C, Soares L. Fisiopatologia do Choque. HU Revista. 2014 Junio; 40(1): p. 73-78.
10. Pérez D, Aguilar T. UF0677 - Soporte vital básico. 51st ed. España: Elearning, S.L; 2017.
11. Botello J, Ramos A. Choque: Consideraciones fisiopatológicas para la terapéutica. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 2011 Julio-Diciembre; 11(2): p. 183-187.
12. Townsend C, Beauchamp D, Evers M, Mattox K. Sabiston. Tratado de cirugía + ExpertConsult: Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna Elsevier , editor. España; 2013.

13. Mejía Gómez LJ. Fisiopatología choque hemorrágico. Revista Mexicana de Anestesiología. 2014 Abril-Junio; 37: p. S70-S76.
14. Sáez Lorenzo L, Sáez Lorenzo M. Revisión y actualización de la fluidoterapia de reanimación en el paciente con shock hipovolémico de origen traumático. Revista Enfermería CyL. 2016; 8(1): p. 3-23.
15. Carrillo Ramírez SdC, Elguea Echavarría PA. Choque circulatorio. Estableciendo metas en la reanimación con líquidos. Acta méd. Grupo Ángeles [revista en la Internet]. 2017 Febrero; 15(2): p. 78-82.
16. varios. Enfermero/a. Servicio Canario de Salud. Temario Madrid: cep; 2018.
17. Martínez M, Cegueda B, Romero G, Galarza M, Rosales M. Competencia laboral de la enfermera en la valoración por patrones funcionales de salud. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2015; 23(1): p. 3-8.
18. varios. Enfermeros/as. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) Madrid: cep; 2017.
19. Gómez Rojas MLRDBL. SITUACIÓN DE ENFERMERÍA COMO HERRAMIENTA PARA ENSEÑAR EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. Rev Cuid [Internet]. 2013 Enero; 4(1): p. 544-549.
20. Caro SE, Guerra CE. El proceso de atención a enfermería. Notas de clase Barranquilla: Universidad del Norte; 2011.
21. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social INdEPeEyO(. Proceso de Atención de Enfermería (PAE) Nursing care process. Rev. Salud Pública Parag. 2013 Enero-Julio; 3(1): p. 41-48.

ANEXOS

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

PLAN DE CUIDADOS EN RIESGO DE SHOCK HIPOVOLÉMICO				
DOMINIO: 11 SEGURIDAD/PROTECCIÓN		CLASE 2: RESPUESTAS LESIÓN FÍSICA		
DIAGNÓSTICO/ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACIÓN
<p>ETIQUETA (PROBLEMA) (00205) Riesgo de shock</p> <p>DEFINICIÓN Vulnerable a un aporte sanguíneo inadecuado a los tejidos corporales que puede conducir a una disfunción celular que puede comprometer la salud.</p> <p>PATRÓN 2: Nutricional/Metabólico</p> <p>FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipovolemia 	<p>ETIQUETA Estado circulatorio (0401)</p> <p>DEFINICIÓN Flujo sanguíneo sin obstrucción, unidireccional a una presión adecuada a través de los grandes vasos de los circuitos sistémico y pulmonar.</p> <p>DOMINIO 2: Salud fisiológica</p> <p>CLASE: E Cardiopulmonar</p>	<p>[40101] Presión arterial sistólica.</p> <p>[40102] Presión arterial diastólica.</p> <p>[40103] Presión del pulso.</p> <p>[40151] Relleno capilar.</p>	<p>[6680] Monitorización de los signos vitales Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.</p> <p>[4190] Punción intravenosa (i.v.) Realizar una venopunción con la técnica apropiada.</p> <p>[4258] Manejo del shock: volumen Evitar la pérdida de volumen sanguíneo (aplicar presión en el sitio de la hemorragia) Administrar líquidos iv como cristaloides y hemoderivados según corresponda Comprobar todas las secreciones en busca de sangre manifiesta u oculta.</p> <p>[4130] Monitorización de líquidos Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de evacuación. Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos (desnutrición, síndrome nefrótico, hipertermia, nefropatías, insuficiencia cardíaca, diaforesis, insuficiencia hepática, exposición al calor, infección, estado postoperatorio, poliuria, vómitos y diarrea).</p>	<p>1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal</p> <p>Indicadores: Mantener a: Desviación sustancial del rango normal (2) Desviación sustancial del rango normal (2) Desviación sustancial del rango normal (2) Desviación moderada del rango normal (3) Mantener en: 9</p> <p>Aumentar a: Desviación leve del rango normal (4) Desviación leve del rango normal (4) Desviación leve del rango normal (4) Sin desviación del rango normal (5)</p> <p>Aumentar a :17</p>

PLAN DE CUIDADOS EN RIESGO DE SHOCK HIPOVOLÉMICO				
DOMINIO: 2 NUTRICIÓN		CLASE 5: RESPUESTAS: HIDRATACIÓN		
DIAGNÓSTICO/ ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACIÓN
<p>ETIQUETA (PROBLEMA) (00027) déficit del volumen de líquidos</p> <p>DEFINICIÓN Disminución del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida sólo de agua, sin cambio en el nivel de sodio</p> <p>PATRÓN 2: Nutricional/Metabólico</p>	<p>ETIQUETA severidad de la pérdida de sangre (0413)</p> <p>DEFINICIÓN Gravedad de los signos y síntomas de hemorragia interna o externa.</p> <p>ETIQUETA: Equilibrio electrolítico (0606)</p> <p>DEFINICIÓN: Concentración de los iones séricos necesarios para mantener el equilibrio de entre los electrolitos.</p>	<p>[41301] Pérdida sanguínea visible.</p> <p>[41309] Disminución de la presión arterial sistólica.</p> <p>[41310] Disminución de la presión arterial diastólica.</p> <p>[41315] Disminución de la cognición.</p>	<p>[6680] Monitorización de los signos vitales Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.</p> <p>[4190] Punción intravenosa (i.v.) Realizar una venopunción con la técnica apropiada.</p> <p>[4020] Disminución de la hemorragia Aplicar presión directa o un vendaje compresivo, si está indicado. Registrar el nivel de hemoglobina/hematocrito antes y después de la pérdida de sangre. Administrar hemoderivados (plaquetas y plasma fresco congelado), si fuera necesario.</p> <p>[2080] Manejo de líquidos/electrolitos Monitorizar los cambios del estado respiratorio o cardíaco que indiquen una sobrecarga de líquidos o deshidratación. Monitorizar la presencia de signos y síntomas de empeoramiento de la hiperhidratación o de la deshidratación. Obtener muestras para el análisis de laboratorio de los niveles de líquidos o electrolitos alterados. Mantener un ritmo adecuado de infusión i.v., transfusión de sangre o enteral.</p>	<p>1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. ninguno</p> <p>Indicadores: Mantener a: Sustancial(2) Sustancial(2) Moderado(3)</p> <p>Mantener en: 9</p> <p>Aumentar a: Ninguno (5) Leve (4) Leve (4) Ninguno (5)</p> <p>Aumentar a :18</p>
<p>FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) Pérdida importante del volumen de líquidos</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (SÍNTOMAS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alteración en el estado mental • Disminución de la presión arterial • Disminución de la presión del pulso • Sequedad de piel y mucosas 	<p>DOMINIO 2: Salud fisiológica</p> <p>CLASE: E Cardiopulmonar</p>			