



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

---

# Proceso Atención de Enfermería Aplicado a una paciente con Choque Hipovolémico Hemorrágico

Que para obtener el título de  
Licenciada en Enfermería y Obstetricia  
Presenta:

**Marianela del Pilar Pérez Acosta**  
No. Cta. 403115109

**Director Académico:**  
**Lic. Federico Sacristán Ruiz**

**Mérida, Yucatán 2007**





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## **AGRADECIMIENTO:**

### **A DIOS**

Por darme mucho más  
De lo que merezco

### **A MIS PADRES:**

Sra. Pilar Acosta Amaya y  
Sr. Silverio Pérez Sáenz q,e,p,d.  
Por su desinteresado y decidido apoyo  
Durante mi carrera y como muestra de  
Mi eterno agradecimiento.

### **A MI HERMANA:**

Q.F.B. Aída Carina por  
Su cariño y comprensión

### **A MIS SOBRINOS:**

Gerardo, Jesús y Estefani, por los  
Momentos felices que me brindan.

### **A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS EN ESPECIAL A YOLI, ARTURO Y LAURA**

Por su valioso sentido de la amistad

### **A MI ASESOR, MAESTRO Y AMIGO: LIC. FEDERICO SACRISTÁN RUIZ**

Por su desinteresada colaboración  
En este trabajo

## ÍNDICE

Introducción	3
Objetivos	5
Justificación	6
Metodología	7
<b>Capítulo I Marco Teórico</b>	<b>8</b>
1.1 Desarrollo de la Enfermería	9
1.2 Conceptos Básicos del Modelo de Virginia Avenle Hendersson.	12
1.3 Proceso Atención de Enfermería.	13
1.3.1 Fases del Proceso Atención de Enfermería.	16
1.4 Choque hipovolémico hemorrágico.	26
1.5 Cuidados de Enfermería en el choque hipovolémico hemorrágico.	30
1.6 Rabdomiosarcoma	32
<b>Capítulo II. Aplicación del proceso atención de enfermería.</b>	<b>34</b>
2.1 Presentación del Caso Clínico.	34
2.2 Diagnósticos de Enfermería	41
<b>Capitulo III Plan de Atención de Enfermería</b>	<b>44</b>
Conclusiones	66
Sugerencias	68
Referencias Bibliográficas	69
Anexos	71

## INTRODUCCIÓN

El **shock hipovolémico** es un estado de colapso físico y postración causado por la pérdida masiva de sangre, disfunción circulatoria y perfusión tisular inadecuada. Los signos habituales son hipotensión arterial, pulso débil, piel fría y húmeda, taquicardia, respiración rápida y disminución del volumen de orina. Las pérdidas sanguíneas asociadas pueden proceder de una hemorragia GI, interna, externa o de una reducción excesiva del volumen plasmático intravascular.

La falta en la perfusión tisular que exceda los mecanismos de defensa corporales o que no pueda ser corregida de manera rápida y adecuada con la intervención terapéutica, llevará al choque irreversible y a la muerte celular. La reanimación exitosa de un paciente con hipoperfusión tisular, comienza por clasificarlo y tratar la causa desencadenante. Una adecuada perfusión sanguínea es necesaria para mantener las reacciones enzimáticas y el uso de oxígeno a nivel mitocondrial para preservar la respiración aerobia celular. Se enfatiza en que mantener un volumen circulatorio efectivo, que transporte a todas las células una oxigenación apropiada, logrará corregir la acidemia metabólica.

Se presenta el siguiente **proceso atención de Enfermería** con el fin de identificar las necesidades fundamentales que presenta la paciente con **shock hipovolémico hemorrágico** para proporcionar cuidados asistenciales, indispensables y personalizados, para limitar el daño, conservar la vida y reintegrarla a su ambiente bio-psico-social.

Así mismo, el trabajo presenta un legado del hacer y nos indica las posibilidades para articular conocimientos científicos y profesionalismo en nuestras actividades asistenciales, pues uniendo la ciencia y la tecnología a las acciones humanas podremos preservar la magia de la vida en nuestros pacientes.

También contiene los objetivos para delimitar el tema, así como la metodología para especificar los pasos a seguir y se aborda una breve descripción de la persona que se retomará para desarrollar dicho proceso.

Para realizar tal análisis se ha dividido en capítulos:

**Primer capítulo:**

Incluye el marco teórico, donde se describe el desarrollo, definiciones y concepto de Enfermería y los conceptos básicos del modelo de V. Henderson; así como las características del proceso de Enfermería. También se describe todo lo relacionado con choque hipovolémico hemorrágico, así como las actuaciones y cuidados de Enfermería en ésta patología.

**Segundo capítulo:**

Incluye la valoración de Enfermería y los diagnósticos de Enfermería.

**Tercer capítulo:** Contiene el plan de atención de Enfermería.

Para finalizar se mencionan las conclusiones, sugerencias, las referencias bibliográficas y anexos.

## **OBJETIVOS**

- ❖ Identificar las necesidades básicas para la construcción de los diagnósticos de enfermería con el fin de proporcionar cuidados individualizados al paciente.
- ❖ Elaborar un plan de atención de cuidados especiales a través del proceso atención de Enfermería a la paciente que presenta choque hipovolémico hemorrágico con el propósito de limitar el daño y conservar la vida.
- ❖ Contar con un instrumento para presentar el examen profesional.

## **JUSTIFICACIÓN**

Al realizar el proceso atención de Enfermería en una niña con choque hipovolémico hemorrágico se tiene como finalidad valorar la importancia de las estrategias de intervención y resolución de los cuidados de Enfermería con un enfoque humanístico y de alta calidad que enfatiza en las respuestas humanas.

A través del plan de cuidados la enfermera realiza un juicio clínico sobre el paciente, lo que permitirá realizar las intervenciones y evaluaciones de Enfermería, ya que éstas son las bases para establecer un cuidado definitivo, tomando en cuenta que el saber especializado, técnico y humanizante es indispensable en las medidas asistenciales.

La verdadera importancia de aplicar el proceso de atención de Enfermería radica en que de esa manera la enfermera otorga la atención a su paciente de una manera personalizada y estructurada abordando a la persona como un ser holístico, respetando sus valores culturales, creencias y convicciones para lograr el éxito de los cuidados y la satisfacción y el bienestar de la persona en su integridad.

Así mismo, como pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia cuento con un elemento metodológico y racional para brindar una atención adecuada, eficiente y eficaz al paciente en estado crítico.



## METODOLOGÍA

- 1) Selección de la paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.
- 2) Revisión, selección y análisis de bibliografía referente al choque hipovolémico hemorrágico.
- 3) Elaboración de un diseño del proceso atención de Enfermería, que incluya todos los elementos necesarios para proporcionar atención de Enfermería técnica y científica.
- 4) Valoración: Se llevará a cabo a través de la observación, entrevista, historia clínica y examen físico para seleccionar los problemas prioritarios.
- 5) Diagnósticos: Son elaborados siguiendo la metodología del PES con previa jerarquización.
- 6) Planeación: Se planearán todas las actividades que se realizarán en el proceso atención de Enfermería, incluyendo la jerarquización de los diagnósticos encontrados, los objetivos y las intervenciones de Enfermería.
- 7) Ejecución: Se realizarán todas las actividades planteadas de acuerdo a los problemas detectados.
- 8) Evaluación: Se observará la evolución del paciente, la calidad de atención e intervención de Enfermería, así como el logro de los objetivos.
- 9) Elaboración de conclusiones, sugerencias, referencias bibliográficas y anexos el cual incluye el formato de la valoración diagnóstica de Enfermería.

# CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO

## 1.1 Desarrollo de la Enfermería

La Enfermería desde sus orígenes fue considerada como ocupación basada en la experiencia práctica y el conocimiento común, se creía dependiente de la buena conciencia, de la abnegación y del deber moral. Otros la consideraban, como una actividad artesanal, sacrificada y sumisa, que estaba al servicio de los demás, por lo que era menos remunerada. Las antiguas “*enfermeras*” tenían pocas posibilidades de pretender o incluso imaginar que los nuevos conocimientos podrían contribuir al desarrollo clínico de su práctica.

A través de los años se ha ido valorando el papel de la enfermera como responsable del cuidado directo de los enfermos y colaboradora disciplinada, pero inteligente, por lo cual era necesario dotarla de preparación técnica.

Bajo esta premisa, en Inglaterra se le atribuyó la profesionalización de la Enfermería a Florence Nightingale, educada con rigor y amplitud en comparación con otras jóvenes de su tiempo. Al finalizar la guerra de Crimea, se funda la primera escuela que marca el inicio de la formación profesional en el campo de la Enfermería, considerándola una profesión médica con un elevado grado de formación y responsabilidad.<sup>1</sup>

A mediados de 1940, aparecen nuevas enseñanzas relacionadas con el comportamiento humano. Las enfermeras empiezan a dar cuidados psicológicos a la persona. Ya no se habla de paciente sino de cliente.

Durante el siglo XX se dan cambios en la formación de enfermeras a través de la formación universitaria; se ejercitan en la investigación, yendo en busca del crecimiento científico y de la capacidad para diagnosticar los problemas de salud tanto en los pacientes, como de la comunidad, así como aplicar medidas de protección, fomento y vigilancia de salud.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Kerovac, S. Grandes Corrientes del Pensamiento, En el Pensamiento Enfermero. Adaptado como material Didáctico de Sociedad, Salud y Enfermería. SUA-ENEO.p.p.117

<sup>2</sup> Iden Kerovac, S. Grandes Corrientes del Pensamiento. P.P. 120

La Enfermería en el siglo XXI, es una disciplina compleja en el área de salud, poseedora de gran impacto social; constantemente aumentan sus funciones para satisfacer las necesidades que impone el cuidado del enfermo en un mundo cambiante; es vista, ya como una ciencia aplicada y caracterizada por tener una formación teórico-práctica que le permite desempeñar funciones asistencial, docente, gestora e investigadora, se integra activamente y coordina las tareas del equipo de salud.

En el desarrollo de la construcción disciplinaria y profesional, Enfermería va en busca del conocimiento de la identidad propia, concientes de que desarrollan unas prácticas que tiene algo específico y propio que son sus funciones y actividades que son exclusivas<sup>3</sup>; como profesión, intenta conseguir su máxima autonomía y el control de su práctica para convertirse realmente en una profesión.

Enfermería debe realizar una reflexión sobre su propia historia, práctica, organización y deberes para poder alcanzar un metaconocimiento que sirva de orientación y guía para poder constituirse como disciplina.<sup>4</sup>

En la actualidad, los cuidados se orientan a incrementar la interacción positiva de la persona con su entorno, es decir, se concibe el cuidado dirigido al bienestar tal y como la persona lo entiende, entonces la intervención de Enfermería con esta orientación va dirigida a dar respuestas a las necesidades de las personas desde una perspectiva holística, respetando sus valores culturales, creencias y convicciones para el éxito de los cuidados y la satisfacción y el bienestar de la persona en su integridad.

Así mismo, la práctica científica de Enfermería, por el nivel de desarrollo que ha alcanzado la disciplina, tiene como referente teórico el modelo de cuidado, y como elemento metodológico el proceso de atención de Enfermería para solucionar los problemas de este cuidado. Método lógico y racional para que la atención sea adecuada, eficiente y eficaz.

---

<sup>3</sup> Rubio Domínguez, Severino. Hacia la Construcción de una Disciplina Enfermera. Adaptado como material Didáctico de la Construcción de una Disciplina. De Esteban Manuel. España 1994. SUA-ENEO. p.p. 101

<sup>4</sup> *Ibidem*. Rubio Domínguez Severino p.p 106

## **Definiciones de Enfermería.**

**Enfermería:** Es el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cual la enfermera junto con la persona beneficiaria de estos cuidados, identifican metas comunes para realizar y mantener la salud.

## **Esencia de Enfermería.**

La razón de ser de la Enfermería es cuidar la salud a través de cuidados que permitan mantener y conservar la vida, mediante la satisfacción de las necesidades del individuo, familia y comunidad; por consiguiente su campo de acción específico es la predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas.<sup>5</sup>

## **Conceptualización de Enfermería.**

Diferenciaremos en general a la Enfermería como una profesión orientada a cuidar, ya que cuenta con una larga historia al servicio de la humanidad.

## **Definición de Enfermera(o).**

El enfermero es un profesional en busca de su identidad propia, con vinculaciones y dependencias de otras profesiones en el ámbito de las llamadas ciencias de la salud, como profesional es responsable de la atención de Enfermería, que promueve, conserva o restablece la salud de individuos, familias y comunidades en una amplia variedad de entornos.

## **Metaparadigma de Enfermería**

El metaparadigma de Enfermería (persona, entorno, Enfermería, salud), aporta la base fundamental de la Enfermería, le provee a la enfermera un marco conceptual para entender su rol frente al paciente.

---

<sup>5</sup> Rodríguez S. Bertha A. Proceso de Enfermería. Editorial Cuellar. México 2000.p.p.12

El conocimiento que la enfermera desarrolla durante el proceso de formación y a través de su trayectoria profesional, le permite aplicar este marco conceptual para lograr una vinculación efectiva con el paciente.<sup>6</sup>

**Persona:** Es definida como uno o más seres humanos. Representa un todo único complejo definido por la interrelación e interacción entre aspectos biológicos, físicos, psicológicos, sociales, económicos y espirituales.<sup>7</sup>

**Entorno:** Conjunto de muchos factores, tanto físicos como psicológicos que influyen o afectan la vida y supervivencia de una persona.

**Salud:** Estado de bienestar, físico, mental y social junto con la ausencia de enfermedad u otra patología. No es un estado estático; el cambio constante y la adaptación al estrés dan lugar a la homeostasis.

## **1.2 Conceptos Básicos del Modelo de Virginia Avenle Henderson.**

Virginia Henderson no pretendió elaborar una teoría de Enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación. Lo que a ella le preocupaba era la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera, se preguntaba que es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud.<sup>8</sup>

En aquella época le creaba insatisfacción la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia.

La cristalización de sus ideas se recoge en una publicación de 1956 en el libro ***“The Nature of Nursing”***, en el que se define la función propia de la enfermera.<sup>9</sup>

La única función de la enfermera es asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación o a una muerte serena. Actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o

---

<sup>6</sup> Grinspun D. Identidad Profesional, Humanismo y Desarrollo Tecnológico. Adaptado como material Didáctico de Sociedad, salud y Enfermería. SUA-ENEO.p.p. 246

<sup>7</sup> Ibdem Kerovac S. Grandes Corrientes del pensamiento. P.p. 122

<sup>8</sup> Fernández Ferrín Carmin, Etal. Métodos de Hendersson y Proccos de Enfermería. México p.p. 82

<sup>9</sup> Ibdem- Fernández Ferrín Carmin. 83

voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.

Entre sus afirmaciones teóricas identifica tres niveles de relación enfermera paciente; La enfermera como sustituta del paciente, la enfermera como auxiliar del paciente y la enfermera como una compañera del paciente para lo que utilizó un razonamiento lógico a través de 14 necesidades básicas, de cada uno de estos componentes surgen cuestiones relativas a la investigación y la función de la enfermera deberá constituir en asumir la responsabilidad de identificar problemas para validar de forma continua su función, mejorar los métodos que emplea y asegurar la eficacia de sus cuidados. Su modelo tiene un alcance amplio y trata de incluir la función de todas las enfermeras y todos los pacientes en sus diferentes interrelaciones e interdependencias en una visión holística del proceso de Enfermería.<sup>10</sup>

Las necesidades básicas según V. Henderson son: Oxigenación, nutrición, hidratación, eliminación, movimiento y buena postura, descanso y sueño, vestido, termorregulación, higiene y protección de la piel, evitar peligros, comunicación, creencias y valores, autorrealización, recreación y aprendizaje.

### **1.3 Proceso Atención de Enfermería.**

Método sistemático, analítico y flexible que permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática a una persona sana o enferma, familia o comunidad. Su finalidad es identificar los problemas sanitarios reales y de alto riesgo que sirve como base para planificar la asistencia, llevarse a cabo y valorar los resultados en el paciente. Por lo tanto es la aplicación del método científico en el quehacer de la Enfermería.

El P.A.E. exige del profesional, habilidades y destrezas efectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar evaluar e interactuar con otros. Así mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento. Todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, a través de la aplicación del proceso de Enfermería, a alcanzar su potencial máximo de salud. El P.A.E.

---

<sup>10</sup> Servicios de Cuidados de Enfermería. Según modelo conceptual de Virginia Henderson. Metas de Enfermería 1999; p.p. 8-14

requiere una actividad especial y continua con el sujeto de atención porque trata de mejorar la respuesta humana.<sup>11</sup>

## **Importancia del proceso atención de Enfermería**

La importancia del PAE es que puede asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en Enfermería. Así mismo asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de Enfermería.<sup>12</sup>

## **Ventajas del proceso de atención de Enfermería.**

Al sujeto de atención le permite participar en su propio cuidado; le garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, y le ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas. Para el profesional, le facilita la comunicación; concede flexibilidad en el cuidado; le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo; le permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención; propicia el crecimiento profesional; permite asignar los sujetos de atención en forma racional y le proporciona información para investigación.

En resumen el uso del proceso de atención de Enfermería da como resultado un plan que describe las necesidades de atención y los cuidados de Enfermería para cada sujeto de atención.<sup>13</sup>

## **Indicadores del proceso de Enfermería**

---

<sup>11</sup> Via Internet [www.google.com](http://www.google.com) . Características de las Intervenciones de Enfermería Proceso de Atención de enfermería. Las Intervenciones de Enfermería están destinadas a ayudar al sujeto de...

<sup>12</sup> López P. Proceso de Enfermería. En: Rev. Iberoamericana de Geriátria y Gerontología 1994, p.p. 37,38.

<sup>13</sup> Atkinson L. Murria Me. Procesos de Atención de Enfermería. 2ª Ed. El Manual Moderno; México 1983; 7

El propósito del proceso es dar un marco de referencia dentro del cual las necesidades del sujeto de atención, la familia y la comunidad puedan ser atendidas en forma integral.<sup>14</sup>

El proceso de atención tiene como propiedades ser más dinámico, flexible, continuo, individualizado, participativo y con un fin determinado. Además, se debe basar en un marco teórico.

### **Características del proceso de Enfermería.**

El proceso de Enfermería se caracteriza por unas propiedades exclusivas que le permitan responder a los cambios que sufre el estado de salud del paciente, estas características son:

- a) *Es un método:* Porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera(o), que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados.<sup>15</sup>
- b) *Es sistemático:* Por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de los resultados.
- c) *Es humanista:* Por considerar al hombre como un ser holístico (total o integrado) que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.
- d) *Es intencionado:* Porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos, el desempeño del usuario y el de la propia enfermera(o).
- e) *Es dinámico:* Responde a un cambio continuo que obedecen a la naturaleza propia del hombre.
- f) *Es flexible:* Porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de Enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de Enfermería.

---

<sup>14</sup> Iyer P, Tapich B, Bernocchi-Losey D. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. Interamericana Mc Graw-Hill; México 1993:13

<sup>15</sup> Rodríguez S. Berta Alicia. Proceso de Enfermería. Ediciones Cuellar México 2000. p.p. 23



- g) *Es interactivo*: Por requerir de la interrelación humano–humano con el (los) usuario(s) para acordar y lograr objetivos comunes.
- h) *Es universal*: Se puede aplicar a pacientes de cualquier edad y en cualquier momento de continuo salud–enfermedad.<sup>16</sup>

### **1.3.1 Fases del Proceso Atención de Enfermería.**

El proceso se organiza en cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas: 1) valoración, 2) diagnóstico de Enfermería, 3) planeación, 4) ejecución – intervención y 5) evaluación.

#### **Valoración.**

Es la primera fase del proceso de Enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático el cual incluye la recogida organización y valoración de los datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes; el paciente como fuente primaria, el expediente clínico, a la familia y la comunidad.

- a) **Observación**: Es el uso de los sentidos para adquirir información sobre el cliente, sus seres queridos, el entorno y las interacciones entre estas tres variables.<sup>17</sup>
- b) **Entrevista**: Es un proceso dirigido y diseñado que permite que tanto el profesional de Enfermería como el cliente den y reciban información a través de una comunicación intencional.<sup>18</sup>
- c) **Historia Clínica**: Es un formato sistemático, en forma de cuestionario o lista, que la enfermera puede emplear para obtener datos importantes acerca del paciente, por medio de la entrevista permite a la enfermera establecer una relación con el paciente y

---

<sup>16</sup> Kosier Barbara. Op Cit. Pag. 93

<sup>17</sup> P.W. Iyer, B.J. Taplich, D. Bemocchi- Losey. Op Cit; Ed. Interamericana. Pag. 56, 54

<sup>18</sup> *Ibiden*

- d) su entorno, a fin de obtener los datos más significativos de sus padecimientos, su estado psicológico y social, para definir los problemas prioritarios.
- e) **Examen físico:** Permite determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones y confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. Su objetivo es identificar las capacidades individuales, tanto fisiológicas como psicológicas. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: Inspección, palpación, percusión y auscultación.

**Inspección.** Es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas a los comportamientos específicos (tamaño, forma y simetría).

**Palpación.** Es el uso del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulso, vibraciones, consistencia y movilidad).

**Percusión.** Consiste en golpear la superficie del cuerpo con las yemas de los dedos sobre las falanges de la otra mano del explorador sobre el cuerpo del paciente para provocar sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son:

- ❖ *Sordos:* Aparecen cuando se percuten músculos o huesos.
- ❖ *Mates:* Aparecen sobre el hígado y el bazo.
- ❖ *Hipersonoros:* Aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire y
- ❖ *Timpánicos:* Se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

**Auscultación.** Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo.<sup>24</sup> Se utiliza el estetoscopio para determinar características sonoras del pulmón,

corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando sólo la oreja sobre la zona a explorar.

### **Diagnóstico de Enfermería.**

Es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia y/o comunidad, problemas de salud, procesos vitales, reales o potenciales. El diagnóstico de Enfermería proporciona la fase para la selección de actuaciones de Enfermería que consigna los resultados de los que es responsable la enfermera.<sup>20</sup>

*Las ventajas que se obtienen al elaborar un buen diagnóstico son:*

- 1) Facilita abordar el cuidado del sujeto de atención en forma individualizada.
- 2) Facilita la comunicación profesional
- 3) Ayuda a determinar resultados en el sujeto de atención.
- 4) Ayuda a determinar al profesional de Enfermería a articular con claridad el ámbito de la práctica.

La tabla I muestra las diferencias entre el diagnóstico de Enfermería y el diagnóstico médico.

**Tabla I.**

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>	<b>Diagnóstico Médico</b>
Describe una respuesta humana a los problemas de Salud	Describe una situación patológica o de enfermedad.
Se modifica con el cambio de las reacciones del sujeto de atención	Se mantiene en tanto la enfermedad esté presente.
Es tratado por la enfermera en el entorno de la práctica de Enfermería	Es tratado por el médico en el entorno de la práctica médica
La mayoría de las veces tiene que ver con la autopercepción del sujeto de atención	La mayoría de las veces tiene que ver con los cambios fisiopatológicos
Puede aplicarse a alteraciones de	Se aplica solamente a las

<sup>20</sup> Cardenito, Linda Diagnósticos de Enfermería. Ed. Interamericana, Pag. 18

individuos o colectivos	enfermedades de individuos o colectivos.
-------------------------	--

El diagnóstico de Enfermería es esencial, porque es un juicio que encadena la recolección de la información con el planteamiento del cuidado. Cuando se emite un diagnóstico de Enfermería la responsabilidad de confeccionar y ejecutar el plan de cuidados recae sobre el profesional que lo ha emitido, mientras en el caso de los problemas interdependientes, el profesional de Enfermería colaborará con el equipo de salud para el tratamiento.<sup>21</sup>

### **Tipos de Diagnóstico de Enfermería.**

La **NANDA** ha identificado tres tipos de diagnóstico de Enfermería: reales, de alto riesgo y bienestar, los cuales se definen del siguiente modo:<sup>22</sup>

**Real:** Un diagnóstico de Enfermería real es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad ante los problemas reales o potenciales de la salud o ante procesos de la vida.

**De alto riesgo:** Un diagnóstico de Enfermería de alto riesgo es un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, una familia o una comunidad, para desarrollar el problema, que otros que se encuentran en una situación igual o similar.<sup>23</sup>

Estos diagnósticos incluyen factores de riesgo (conductas, enfermedades o circunstancias) que guían las actuaciones de Enfermería para reducir o evitar que se produzca un problema.

**Bienestar:** Un diagnóstico de Enfermería de bienestar, es un juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad, en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel más elevado.

---

<sup>21</sup> Luis MT. Diagnósticos d Enfermería. Aplicación Práctica. Rol de Enfermería. 1991; p.p. 14-62

<sup>22</sup> Lyer P.W. Taptich B.J. Bernocchi-Losey D. México. Interamericana 1997. p.p. 95

<sup>23</sup> Lyer P. Taptich B., Bernocchi-Losy D., Proceso y Diagnostico de Enfermería. México Interamericana. Mc Graw-Hill, 1994. p.p. 95.

## **Planeación.**

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de Enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas identificados en los diagnósticos de Enfermería, las instalaciones del cuidado de la salud, los recursos disponibles, así mismo se examinan las creencias y valores personales que podrían influir en la fase de planeación.<sup>24</sup>

### **1. Establecer prioridades en los cuidados.**

Durante esta etapa, siempre que es posible la enfermera y el paciente determinan, en conjunto, cuales de los problemas que se identificaron durante la fase de valoración necesitan atención inmediata y cuales pueden ser tratados en un momento posterior.

<sup>25</sup>

Así mismo tiene por objeto ordenar el suministro de los cuidados de Enfermería, de manera que los problemas más importantes o amenazadores para la vida sean tratados antes que los menos críticos.

El plan de atención de Enfermería resultante esta diseñado para ayudar a los pacientes y sus familiares en los siguientes aspectos:

- ❖ Mejorar el nivel de salud y funcionamiento.
- ❖ Recuperar un nivel previo de salud y funcionamiento.
  
- ❖ Mantener un nivel actual de salud y funcionamiento si se identifica que están en riesgo de presentar problemas.

La fase de planeación del proceso de Enfermería incluye las siguientes etapas. Carpenito (1987) e Lyer (1989)

### **2. Determinación de objetivos (metas esperadas)**

---

<sup>24</sup> Ibidem Lyer, Taptich, Bernocchi, Losey D. p.p. 157

<sup>25</sup> Cardenito Linda, Diagnósticos de Enfermería, México Interamericana, 1998.p.p.19

3. Es el resultado que se espera de la atención de Enfermería; lo que se desea lograr con el sujeto de atención y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en el diagnóstico de Enfermería.<sup>26</sup>

---

#### **4. Planeación de las Intervenciones de Enfermería**

Las intervenciones de Enfermería están destinadas a ayudar al sujeto de atención a lograr las metas de cuidado. Se enfocan a la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de Enfermería. Por lo tanto van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. Las intervenciones de Enfermería reciben nombres diversos: acciones, estrategias, planes de tratamiento y órdenes de Enfermería.<sup>27</sup>

Las órdenes de Enfermería implican un juicio crítico para tomar decisiones sobre cuáles son de competencia de la enfermera y cuales son delegables o de competencia de otra disciplina de la salud; esto último se hace de acuerdo con la complejidad, los conocimientos y habilidades requeridas, y las implicaciones éticas, entre otros criterios.<sup>28</sup>

#### **Actuaciones de Enfermería.**

Las actuaciones de Enfermería son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados<sup>29</sup>.

26- Atkinson L, Murria ME. Op Cit; Ed. Mac Graw-Hill Interamericana. México, p.p. 32

27- Iyer P., Tapich B, Bernochi-Losey D. Op Cit; p.p. 13

28- Atkinson L, Murray ME. Op Cit. p.p. 60

29- Iyer P.W. Tapich B.J. Bernocchi- Losey D. Proceso y Diagnostico de Enfermería. México Interamericana.1997.p.p. 186.

Para ello se elaboran acciones focalizadas hacia la causa de los problemas, es decir las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema (Lyer 1989).

Del modelo bifocal de los diagnósticos de Enfermería, podíamos decir que se desprende la responsabilidad del tratamiento, tanto, de los diagnósticos de los enfermeros, como de las complicaciones fisiológicas, para ello el modelo establece dos tipos de prescripciones: enfermera y médica:

- a) **Prescripciones enfermeras:** Son aquellas en la que la enfermera puede prescribir independientemente, para que el personal de Enfermería ejecute la prescripción, estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.
  
- b) **Prescripciones médicas:** Son actuaciones preescritas por el médico: representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja.

#### **Tipos de actividades de Enfermería. (Iyer 1989)**

- ❖ **Dependientes:** Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica.
  
- ❖ **Interdependientes:** Son aquellas actividades en que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud.<sup>30</sup> Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, etc.
  
- ❖ **Independientes:** Son aquellas en las que la enfermera dirige hacia las respuestas humanas y están legalmente autorizadas para ser atendidas, gracias a la formación, experiencia y práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.<sup>31</sup>

---

<sup>30</sup> Iyer P.W. Taptich B.J. Bernocchi-Losey D. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. México Interamericana. 1997.p.p. 6

<sup>31</sup> Iyer P.W. Taptich B.J. Bernocchi-Losey D. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. México Interamericana.1997.p.p.192

Las características de las actuaciones de Enfermería, según Iyer (1989), son las siguientes:

- 1) Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- 2) Serán individualizadas por cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.<sup>32</sup>
- 3) Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico. Hay que tener en cuenta la satisfacción de las necesidades físicas y emocionales del paciente. Un ambiente seguro en donde se cubren las necesidades fisiológicas del paciente y se protege de posibles lesiones.
- 4) Van acompañadas de un componente de enseñanzas y aprendizaje. El paciente adquiere nuevos conocimientos, actitudes, técnicas, y cambios en su estilo de vida y comportamiento relacionado.
- 5) Comprenderán la utilización de los recursos apropiados. En este punto hay que tener en cuenta si la intervención de la Enfermera es realista para la satisfacción del paciente.

### **Ejecución.**

Es la operacionalización del planteamiento de la atención de Enfermería, es decir, es el inicio y terminación de las acciones necesarias para corregir los resultados definidos en la etapa de planificación. Las acciones pueden ser realizadas por el cliente o su familia. Así mismo el profesional de Enfermería continuará recogiendo datos relacionados con la situación del cliente y su relación con el entorno. Consta de varias actividades: Validar el

---

<sup>32</sup> Ibidem – Iyer P.W, Taptich B.J, Bernocchi-Losey D. p.p. 188



plan, documentarlo, suministrar y documentar la atención de Enfermería y continuar con la recopilación de datos.<sup>33</sup>

### **1) Validación:**

Este paso no es necesariamente una prolongada consulta programada, sino más bien ha de tomar un tiempo muy breve en el cual las enfermeras buscan la opinión de otras colegas.

### **2) Documentación del plan de atención:**

La enfermera tiene un plan que individualizará la atención prolongada a un paciente. Está lista para suministrar la atención según lo planeado. En cada caso la enfermera puede ser incapaz de realizar el plan de atención sin hacer algunas modificaciones.

El plan de cuidados es el instrumento de trabajo por excelencia de la enfermera.

Esta es directamente responsable del mismo y forma parte de sus funciones autónomas.

El objetivo del plan de cuidados sirve como anteproyecto para dirigir las actividades de Enfermería hacia el cumplimiento de las necesidades de salud del paciente. Proporciona un mecanismo para la prestación de una atención constante y coordinada, se utiliza como instrumento de comunicación entre los profesionales de Enfermería y otros miembros del equipo de atención sanitaria, proporciona normas para la documentación de las notas de las enfermeras y para la evaluación de la eficacia de los cuidados.<sup>34</sup>

### **3) Continuación con la recolección de datos.**

A lo largo de la ejecución el profesional de Enfermería continúa la recolección de datos, esta información puede usarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención de acuerdo con la evolución del sujeto de atención.<sup>35</sup>

---

<sup>33</sup> Atkinson I, Mirray ME, Op Cit; pp 60.

<sup>34</sup> Phaneuf, Margot, Ph, La Planificación de los Cuidados de Enfermeros, Ed. Interamericana. P.p. 2002- 2003.

<sup>35</sup>- Lyer D, Tapich B, Bernochi-Losey D, Op Cit; 1993:13

## **Evaluación.**

Esta es un proceso continuo que se utiliza para juzgar cada parte del proceso de Enfermería. Consiste en la comparación sistemática y planeada entre el estado de salud del sujeto de atención y los resultados esperados.

En la práctica real, es posible que no siempre se termine una fase antes de pasar a la siguiente, pues si el cliente presenta dificultades, se le realizan las acciones necesarias de ese momento.<sup>36</sup>

Así mismo debemos tener en cuenta que la evolución del progreso del paciente se basa en la comparación entre el cuidado que se logró ofrecer y el cuidado que debería haber proporcionado la enfermera, el equipo de cuidados de la salud, el paciente o la familia, según se señaló en los objetivos del plan de cuidados, la evaluación del progreso del paciente indica que problemas fueron resueltos y cuales requieren revaloración y replaneación.<sup>37</sup>

Algunos autores definen la evaluación como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería en este sentido son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones. Griffith y Cristensen (1982).

La evaluación consta de tres partes:

- 1) **La evaluación de logro de objetivos.** Su propósito es decir si el objetivo que se logro fue total, es decir si el sujeto de atención fue capaz de realizar el comportamiento en

---

<sup>36</sup> R.W. Iyer. Proceso y Diagnósticos de Enfermería, Ed. Interamericana. P.p. 9-13

<sup>37</sup> Atkinson, Leslie. Proceso de Atención de Enfermería, Ed. Manual Moderno, p.p. 13.

el tiempo establecido en el enunciado del objetivo. El segundo es un logro parcial, cuando el sujeto de atención está en el proceso de lograr el resultado esperado puede demostrar el comportamiento, pero no tan bien como fue especificado en el enunciado. Cuando el sujeto de atención no ha conseguido el resultado esperado se afirma que no hubo logro.

- 2) **La revaloración del plan.** Es el proceso de cambiar o eliminar los diagnósticos de Enfermería, objetivos y acciones con base de los datos que proporciona el sujeto de atención.
  
- 3) **La satisfacción** del sujeto de atención. Al evaluar este aspecto hay que tener en cuenta que el sujeto de atención no siempre tiene el conocimiento de lo que implican unos buenos cuidados y a veces, por ignorancia puede sentirse satisfecho con unos servicios mediocres, o al contrario sentirse insatisfecho de algunas intervenciones a pesar de que se trate de unos excelentes cuidados de Enfermería. A pesar de todo es de suma importancia conocer su apreciación, y discutirla con él.<sup>38</sup>

#### **1.4 Choque hipovolémico hemorrágico.**

**Definición.** Estado de colapso físico y postración causado por la pérdida masiva de sangre, disfunción circulatoria y perfusión tisular inadecuada.<sup>39</sup>

**Fisiopatología.** Es similar en adultos y niños. Sin importar la causa, en el choque hay una irrigación inadecuada en los tejidos que originan oxigenación insuficiente a nivel celular (Mayer 1985,12). En el niño lesionado, el choque se produce por hipovolemia, accionada por hemorragia externa e interna. La hipoxia también puede contribuir.

El choque es un proceso dinámico y el niño puede perder hasta el 25% del volumen sanguíneo total antes de manifestar síntomas.

---

<sup>38</sup> Phaneuf M. *Cuidados de Enfermería, el Proceso de Atención de Enfermería*, Madrid; Interamericana

<sup>39</sup> Mosby, *Diccionario de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud*. Elsevier España, S.A. de C.V. p.p. 1434

Ocurre compensación por vasoconstricción periférica e incremento del tono venoso, que aumenta la resistencia periférica total, el cual se refleja en un ligero incremento de la presión sanguínea diastólica <sup>40</sup>. Recordemos que la presión sanguínea sistólica no siempre es una medida exacta del estado del choque inminente en pacientes pediátricos. Ellos pueden perder del 15 al 25% del volumen sanguíneo total y aún tener presión sanguínea sistólica “normal”. Se reconoce el síntoma temprano de ligera elevación de la presión sanguínea diastólica como índice de choque inminente.

La frecuencia cardíaca se eleva como resultado de la estimulación beta-adrenérgica del corazón, pero a continuación se hace bastante lento al progresar el choque. Se observa un mayor tiempo de llenado capilar por vasoconstricción. Ambos síntomas son indicadores exactos del choque.

Cuando el paciente pierde del 25 al 30% del volumen sanguíneo total, los mecanismos de compensación fallan y la presión sanguínea disminuye.

De manera simultánea surge el metabolismo anaeróbico celular que origina una acidosis metabólica, esta causa que el miocardio responda con mayor lentitud a las medidas de reanimación. <sup>41</sup> Por consiguiente la corrección del choque ha de iniciarse de manera ideal antes que descienda la presión sanguínea. El metabolismo anaeróbico produce una falla en la bomba de sodio y potasio en la membrana celular e incremento del volumen del líquido intracelular, con disminución del líquido en el compartimiento intersticial. Esto reduce aún más el volumen circulante (Mayer 1985,41).

---

<sup>40</sup> Kilt E. Kaiser J. Urgencias en Enfermería. México Interamericana.1992.p.p. 545

<sup>41</sup> Kutt E. Kaiser J. Urgencias en Enfermería. México Interamericana. 1992.p.p. 545

La coagulación intravascular diseminada es una afección concomitante, frecuente en los niños chocados, que deja secuelas sanguíneas persistentes. Las lesiones craneales también se agravan más cuando se permite que la hipotensión se prolongue.<sup>42</sup>

**Síntomas y signos.** Las manifestaciones clínicas del shock pueden deberse al mismo estado de shock o al proceso patológico subyacente. La actividad mental puede estar conservada, pero el letargo, la confusión, y la somnolencia son frecuentes.

Las manos, y los pies se encuentran fríos, húmedos, y a menudo, cianóticos y pálidos, El tiempo de llenado capilar se haya prolongado y, en los casos extremos puede aparecer un patrón reticular cerúleo en áreas extensas.

El pulso es débil y rápido, excepto que se asocie un bloqueo cardíaco o una bradicardia terminal; en ciertos casos solo se pueden palpar el pulso femoral y carotídeo.

<sup>43</sup>

Existen **taquipnea** e hiperventilación, aunque la apnea puede constituir un episodio terminal al fallar el centro respiratorio a causa de una perfusión cerebral inadecuada.

La presión arterial tiende a ser baja (PA sistólica <90 mmHg) o imposible de registrar, aunque la medición directa mediante catéter intraarterial a menudo proporciona valores significativamente superiores. También se puede presentar anuria y estupor o coma que son signos de paro cardiopulmonar inminente.

**Diagnóstico.** El reconocer tempranamente el estado del choque en sus fases iniciales, cuando las alteraciones hemodinámicas y metabólicas son reversibles, es la clave para obtener un buen éxito en el tratamiento.<sup>44</sup>

---

<sup>42</sup> Ibidem- Kilt E. Kaiser J. p.p. 545

<sup>43</sup> El Manual Merck de Diagnósticos y terapéutica. Editorial Océano Centrum. 1994.p.p. 451.

<sup>44</sup> Rodríguez R. Velásquez L. Valencia P. Urgencias en Pediatría. México Interamericana 1996.pp.p. 20

El diagnóstico del shock hipovolémico se establece mediante la demostración de una presión de llenado ventricular normal o reducida, junto con un volumen minuto bajo y la presencia de un síndrome de shock. Una presión de llenado ventricular derecho, o presión venosa central (PVC) < 7 cm H<sub>2</sub>O (5 mmHg) sugiere el diagnóstico de hipovolemia; <sup>45</sup> la realización de un ensayo terapéutico con sobrecarga de volumen puede contribuir a confirmar el diagnóstico. Las pruebas de laboratorio que facilitan la evaluación son las mediciones de los gases sanguíneos arteriales y el pH y en ocasiones las pruebas del funcionamiento hepático.

Proceden las pruebas de coagulación cuando hay datos de hemorragia, como la hemorragia capilar del sitio de venopunción, la salida de la sangre de cualquier orificio corporal normal o las petequias. Están indicados los cultivos de sangre y de otros tipos de muestras cuando hay datos que hacen suponer una posible septicemia. Por último, se realizan las pruebas del funcionamiento renal en caso de que sea evidente que hay trastornos de este.

**Tratamiento de urgencia:** Debe mantenerse al paciente caliente y con las piernas algo elevadas a fin de mejorar el retorno venoso. Debe interrumpirse la hemorragia, controlando las vías aéreas y la ventilación y administrando, en caso necesario, ventilación asistida. En caso de vomito debe girarse la cabeza del paciente para evitar una aspiración. El dolor intenso puede tratarse con una dosis de 2.5 a 5 mg. de morfina por vía I.V. repitiéndola en caso necesario. La ansiedad puede deberse a una hipoperfusión cerebral, por lo que no deben administrarse sedantes ni tranquilizantes. <sup>46</sup>

**Tratamiento de mantenimiento:** Se debe proceder a la estabilización de las constantes vitales.

---

<sup>45</sup> Ibidem- El manual de Merck p.p. 453

<sup>46</sup> El Manual de Merck de Diagnósticos y Terapéutica. Océano Centrum.1994.p.p. 454

En ocasiones es necesario la administración de noradrenalina dopamina para tratar la hipotensión profunda que podría generar depresión en la función respiratoria, hipoventilación, hipoxemia, acidosis progresiva, y muerte. Se debe instaurar con rapidez ventilación asistida con concentraciones elevadas de O<sub>2</sub> y eliminar la obstrucción de las vías aéreas provocada por secreciones o contenido gástrico.

En caso de sospecha de hemorragia, debe procederse a la inserción de un catéter ancho en una vena periférica (femoral o yugular interna) mediante punción cutánea directa a fin de perfundir sangre u otro líquidos y administrar fármacos. Puede resultar útil el análisis de pH. Arterial y de gases en sangre. La administración de bicarbonato de sodio puede contribuir al tratamiento de acidosis metabólica.

**Monitorización:** se debe considerar como críticamente enfermos a los pacientes cuyo estado de shock no se revierte de forma inmediata, y su tratamiento definitivo debe continuarse en la unidad de cuidados intensivos. Debe efectuarse una monitorización estricta: ECG, P.A, preferiblemente mediante cateterismo intraarterial directo, presión de llenado ventricular (P.V.C), frecuencia arterial, PaO<sub>2</sub> y PaCO<sub>3</sub>, temperatura corporal y estado clínico, incluyendo el sensorio, el volumen del pulso, la temperatura cutánea y la coloración.

Una hoja de curso clínico bien diseñada resulta muy valiosa. También pueden ser útiles las mediciones seriadas del volumen sanguíneo, ácido láctico, presión oncótica plasmática, Hto. y EEG.<sup>47</sup>

**Pronóstico.** Sin tratamiento, el shock tiene habitualmente un desenlace fatal. Una vez constituido, el pronóstico del shock depende de la etiología, de la existencia de una enfermedad persistente o que complique el cuadro, del tiempo transcurrido desde su presentación hasta el diagnóstico y de la idoneidad del tratamiento.

### **1.5 Cuidados de Enfermería en el choque hipovolémico hemorrágico.**

---

<sup>47</sup> Ibidem- El Manual Merck. p.p. 455

- ❖ Información a los padres sobre las normas del servicio de Terapia Intensa Pediátrica.<sup>48</sup>
- ❖ Valorar el estado de conciencia del paciente.
- ❖ Mantener al paciente en reposo vigilando el goteo de la infusión de midazolam.
- ❖ Vigilar el estado hídrico del paciente.<sup>49</sup>

Realizar fisioterapia pulmonar y aspiración de secreciones.<sup>50</sup>

- ❖ Vigilar el funcionamiento del drenaje torácico.
- ❖ Cuantificar gasto por sonda vesical, nasogástrica, y sonda pleural.
- ❖ Monitorizar signos vitales a cada hora (P.V.C)
- ❖ Control de líquidos.
- ❖ Realizar curación de catéter central P.R.N.
- ❖ Vigilar sangrado transvaginal.<sup>51</sup>
- ❖ Administrar los medicamentos prescritos por el médico.
- ❖ Revisar la fecha de vencimiento del circuito del ventilador y en caso necesario, cambiarlo.
- ❖ Vigilar el goteo de N.P.T. y de las aminas.
- ❖ Mantener al paciente en un ambiente cómodo y tranquilo.<sup>52</sup>

---

<sup>48</sup> Kilt E. Kaiser J. Urgencias en Enfermería. México Interamericana.1992.p.p. 546

<sup>49</sup> Whaley L. Wong. Tratado de Enfermería Pediátrica. México Interamericana.200.p.p. 709

<sup>50</sup> Jeffrey L. Blumer. Cuidados Intensivos en Pediatría. España 1999.p.p.961

<sup>51</sup> Kilt E. Kaiser J. Urgencias en Enfermería. México Interamericana.1992.p.p. 546



- ❖ Preparar el paciente para extubación (aspirar secreciones).<sup>53</sup>
- ❖ Colocar púritan continuo con mascarilla.

Iniciar la vía oral con líquidos claros.

- ❖ Preparar al paciente para el retiro de sonda endopleural.<sup>54</sup>
- ❖ Informar a los padres del motivo del egreso del paciente de la U.C.I.
- ❖ Realizar baño de esponja.
- ❖ Realizar las anotaciones de Enfermería de manera clara y oportuna, detallando los cuidados específicos realizados al paciente al igual que al tratamiento médico prescrito.

## **1.6 Rbdomiosarcoma**

Tumor de elevada malignidad, derivado de las células musculares estriadas primitivas, que aparece con frecuencia en la cabeza y en el cuello y que se encuentra también en el aparato genitourinario, en las extremidades, en las paredes del cuerpo y en el retroperitoneo.

En algunos casos, la aparición se asocia a un traumatismo. Los síntomas iniciales dependen de la localización y revelan la destrucción de órganos o tejidos locales, como disfagia, hemorragia vaginal, hematuria u obstrucción del flujo urinario.

El diagnóstico se realiza con radiografías con contraste baritado, angiografía o tomografía. El rbdomiosarcoma embrionario se localiza en la cabeza, el cuello o el tronco de niños, el alveolar suele afectar las extremidades de adolescentes y el pleomórfico afecta las

---

<sup>52</sup> Whaley L. Wong. Tratado de Enfermería Pediátrica. México Interamericana.200.p.p. 709

<sup>53</sup> Jeffrey L. Blumer. Cuidados Intensivos en Pediatría. España 1999.p.p. 989

<sup>54</sup> Ibidem Jeffrey L. Blumer.p.p. 986

piernas de los adultos. En general no se puede realizar una resección quirúrgica, porque el tumor está mal delimitado y se suele diseminar. La amputación del miembro o extremidad afectado puede resultar curativa, y la radioterapia y la quimioterapia con combinaciones de actinomicina D, adriamicina, ciclofosfamida y vincristina, puede prolongar la supervivencia.

## **CAPÍTULO II. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.**

### **2.1 Presentación del Caso Clínico.**

Jessica es una niña de 7 años de edad, se encuentra en el servicio de UCI Pediátricos cursando su cuarto día de P.O. de histerectomía abdominal. Sus constantes vitales son temperaturas 36.3ª C, F.C. 100X', F.R.28x', T.A. 100/80, P.V.C. 14.5, se observa palidez de tegumentos, continua con asistencia ventilatoria por cánula endotraqueal, con FiO2 100%, S.N.G. drenando escaso contenido gastrobiliar, catéter intravascular en yugular externa con infusión de N.P.T., aminas, analgésicos y sedantes, saturando al 98%, tiene sonda endopleural derecha a succión continua, su abdomen es blando, se observa herida quirúrgica limpia y seca, tiene sonda foley drenando orina clara, S.T.V. escaso, llenado capilar inmediato, se observa hemiparesia izquierda, está reportada muy grave y su pronóstico es reservado para la vida y sus funciones.

**Nota:** Jessica ingresó a la UCI pediátricos por presentar choque hipovolémico hemorrágico durante el transoperatorio (histerectomía)

#### *Laboratorios:*

- Leucocitos:	16.95
- Hb:	14.07
- Plaquetas:	112
- Na:	135
- CL:	109
- Potasio:	3.6
- Colesterol:	94
- Proteínas:	5.3

#### **Perfil del paciente.**

##### *Datos de Identificación.*

Nombre: J E V C

Edad: 7 años

Lugar de origen: Cafetal Grande Municipio José Ma. Morelos Quintana Roo

Fecha de nacimiento: 11 de marzo de 1999

Domicilio: conocido

Escolaridad: Segundo grado de primaria

Religión: Católica

Expediente: 0622480

Familiar responsable: Padre

**Ambiente físico:**

Características físicas: Ventilación e iluminación.

Habitación con buena ventilación e iluminación.

Propia ( X ) Rentada ( ) Prestada ( ) No. de habitantes ( 9 )

Tipo de construcción: Casa de paja.

Domésticos: 1 perro

**Servicios Sanitarios:**

Agua intradomiciliaria (X) Hidrante público ( ) Otros ( )

Fecalismo: al ras del suelo

**Eliminación de desechos:**

Control de basura: La incineran en el fondo del patio.

Drenaje: (No) Fosa séptica: (No) Otros: ( )

**Vías de comunicación.**

Pavimentación: (Si) Colectivos: (Si) Teléfono: (Si)

Carreteras: (Si) Camiones: (No) Taxi: (No)

Carro particular: (No)

**Recursos para la salud.**

Centro de Salud: (Si) I.M.S.S.: (No) ISSSTE: (No)

Consultorio particular: (No)      Otros: ( )

### **Hábitos higiénico – dietéticos.**

#### **Aseo:**

Baño: diario (una vez al día).

De manos: Cuando se lo recuerda su madre?

Bucal: Niega aseo bucal.

Cambio de ropa personal: Una vez al día después del baño.

#### **Alimentación.**

Carne: 1 vez a la semana      Huevos: 3 veces por semana

Verduras: Todos los días      Leche: Todos los días

Frutas: Todos los días      Tortillas: Todos los días

Leguminosas: \_\_\_\_\_      Pan: Todos los días

Pastas: 3 veces a la semana      Agua: Todos los días

#### **Eliminación.**

Horario y características:

Intestinal: Una vez al día de características normales.

Vesical:    Aproximadamente de 3 a 4 veces al día de color amarillo claro.

#### **Descanso.**

Frecuencia:                      Negado

Sueño:                              De las 21:00 hrs. a la 6:00 A.M.

Diversión y deporte: Ninguno

Trabajo:                              Ninguno

Otros:

**Composición familiar.**

Parentesco	Edad	Ocupación	Participación económica
Padre	30 años	Campeño	\$ 50.00 pesos diarios
Madre	31 años	Ama de casa	_____
Hermano	15 años	Desempleado	_____
Hermano	13 años	Estudiante	_____
Hermana	11 años	Estudiante	_____
Hermana	9 años	Estudiante	_____
Hermana	3 años	_____	_____
Hermana	4 meses	_____	_____

**Dinámica familiar:** Buenas relaciones intrafamiliares de ambos padres.

**Dinámica social:** Parque público, asiste al catecismo y a misa.

**Comportamiento:**

Agresiva: No      Tranquila: Si      Indiferente: No.      Alegre: Si      Cooperador: Si

**Antecedentes personales no patológicos.**

Grupo y Rh: O positivo

Tabaquismo. No

Alcoholismo: No

Fármaco – dependencia: No.

**Antecedentes personales patológicos:**

Diabetes: No.

Epilepsia: No.

HTA: No.

Cardiopatía: No.

Neuropatía: Si.

Enf. Infecto-contagiosa: No.  
Toxoplasmosis: No  
Antecedentes quirúrgicos: Si.  
Tipo: Laparotomía exploradora con histerectomía abdominal.

Antecedentes transfusionales: No.

Antecedentes traumáticos: No.

Otros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Antecedentes heredo familiares:**

Sífilis: No                      Sida: No.  
Malformaciones congénitas: No. Consanguinidad: No.  
Retraso mental: No.                      Hipertensión: No.  
Diabetes: Abuela paterna.                      Neoplasias: No.  
Cardiopatía: No.                      Neuropatía: No.

### **Interrogatorio por aparatos y sistemas.**

#### Cardio – Respiratorio.

Palpitaciones:	No	Lipotimias:	No.	Disnea:	No.
Acúfenos:	No.	Dolor torácico:	No.	Edema:	No.
Disfonías:	No	Fosfenos:	No.	Tos:	No.
Observaciones:	.				

#### Digestivo.

Apetito Normal:	No.	Vómito:	No.	Meteorismo:	No.
Diarrea:	No.	Estreñimiento:	No.	Disminución de apetito:	No.
Náuseas:	No.	Distensión:	No.	Pirosis:	No.
Dolor abdominal:	No.	Ruidos peristálticos:	No.	Melena:	No.
Prurito anal:	No.	Disfagia:	No.	Constipación:	No.
Regurgitaciones:	No.	Pujo y tenesmo:	No.		
Observaciones:	_____				

Genitourinario:

Dolor: No. Piuria: No. Dismenorrea: No.  
Disuria: No. Poliuria: No. Prurito: No.  
Tenesmo: No. Disuria: No. Leucorrea No.

Características:

Hematuria: No. Esgurrimiento uretral: No.

Glándulas mamarias: Normales para su edad y sexo.

Patología mamaria: No.

Nervioso:

Cefalea: No. Aislamiento: No. Inconciencia: No.  
Miosis: No. Temblores: No. Insomnio: No.  
Anisocoria: No. Babinski: No. Depresión: No.  
Falta de memoria: No. Midriasis: No. Ansiedad: No.

Observaciones:

Músculo esquelético:

Deformidades óseas, articulares y musculares.

Crepitación: No.

Hipertriosis: No.

Mialgias: No.

Sudoración: No.

Artralgia: No.

Diabetes: No.

Pérdida de peso: No.

Aumento de peso: No.

Hipertiroidismo : No.

Polidipsia: No.

Hipertiroidismo: No.



Polifagia: No.

Várices: No.

Otros:

Piel y anexos: Órganos de los sentidos

Pigmentación :	No.	Acridas :	No.	Otorrea:	No.
Conjuntivitis:	No.	Dermatitis:	No.	Edema:	No.
Hipoacusia:	No.	Epistaxis:	No.	Acné:	No.
Turgencia:	No.	Dolor:	No.	Prurito	No.
Alergias:	No.	Prurito:	No.	Trastorno del olfato:	No.

Observaciones: La madre de Jessica tiene temor de que no recupere su salud, tiene miedo de que muera.

**Antecedentes Gineco – obstétricos.**

Menarca: No.

Ciclos: No.

Duración: No.

Dismenorréica: No.

Incapacitante: No.

**Exploración física.**

Peso antes del ingreso a la UCI Pediátricas: 21 kgs.

Peso actual: 20 kgs.

Estatura: 1.18cm.

Pulso: 100 por minuto.

Tensión arterial: 100/90

Temperatura: 36° C

Respiración: 34 por minuto.

## **Inspección.**

### **Aspecto físico:**

Paciente que se encuentra bajo efectos de la sedación, activa–reactiva con buena respuesta a estímulos externos; en fase III de ventilación mecánica, saturando al 98%, se observa leve palidez de tegumentos, sus pupilas con lenta respuesta a la luz con S.N.G., drenando escaso contenido gastrobiliar, buen estado hídrico, catéter central funcional, en yugular externa derecha, la sonda endopleural derecha funcional drenando escaso material hemático, abdomen con herida quirúrgica limpia sin datos de sangrado, la sonda foley drenando orina clara, sangrado transvaginal escaso, con llenado capilar inmediato, se observa hemiparesia izquierda.

### **Palpación:**

Las mamas se palpan normales para su edad, el abdomen es blando y depresible.

### **Percusión abdominal:**

No se determina presencia de aire.

### **Auscultación:**

Campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardiacos normales de buen tono en ritmo e intensidad la peristalsis es lenta.

### **Problema o padecimiento actual.**

Dolor, leve palidez de tegumentos, sangrado transvaginal escaso, inquietud, dificultad respiratoria, presencia de secreciones endotraqueales, inmovilidad física.

## **2.2 Diagnósticos de Enfermería**

- ❖ Alteración de la perfusión tisular gastrointestinal y renal relacionada con la pérdida de sangre.
- ❖ Patrón respiratorio ineficaz debido a expansión torácica inadecuada provocado por aparición de aire.

- ❖ Alto riesgo potencial de sufrir alteraciones hemodinámicas relacionados con la disminución del volumen sanguíneo.
- ❖ Riesgo de infección relacionado con la herida quirúrgica secundaria a procedimiento invasivo.
- ❖ Dolor relacionado con la herida quirúrgica.
- ❖ Déficit de autocuidado: baño e higiene relacionado con el deterioro neuromuscular secundario a hemiparesia derecha.
- ❖ Riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivo y administración de altas concentraciones de glucosa por vía parenteral.
- ❖ Alteración de los procesos familiares relacionados con la enfermedad y la hospitalización de la niña.
- ❖ Patrón respiratorio ineficaz relacionado con la presencia de secreciones.

#### **Jerarquización de los Diagnósticos de Enfermería**

- ❖ Alto riesgo potencial de sufrir alteraciones hemodinámicas relacionados con la disminución del volumen sanguíneo.
- ❖ Alteración de la perfusión tisular gastrointestinal y renal relacionado con la pérdida de sangre.
- ❖ Patrón respiratorio ineficaz relacionado con la presencia de secreciones.
- ❖ Dolor relacionado con la herida quirúrgica.
- ❖ Riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivo y administración de altas concentraciones de glucosa por la vía parenteral.
- ❖ Patrón respiratorio ineficaz debido a expansión torácica inadecuada provocada por aparición del aire.

- ❖ Riesgo de infección relacionado con presencia de herida quirúrgica secundaria a procedimiento invasivo.
- ❖ Déficit de autocuidado: Baño e higiene relacionado con el deterioro neuromuscular secundario a hemiparesia derecha.
- ❖ Alteración de los procesos familiares relacionado con la enfermedad y la hospitalización de la niña.

### CAPÍTULO III. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERÍA

#### **Diagnóstico de Enfermería 1**

Alto riesgo potencial de sufrir alteraciones hemodinámicas relacionado con la disminución del volumen sanguíneo.

#### **Objetivo**

La paciente mantendrá su estado hemodinámico dentro de límites normales.

<b>Actividades de la Enfermera</b>	<b>Fundamentación Científica</b>
❖ Cuantificar signos vitales cada hora.	Los signos vitales son una manera rápida y eficaz de controlar el estado del paciente o de identificar problemas y evaluar la respuesta del paciente a una intervención. Además ofrecen información fundamental acerca de la evolución del paciente.
❖ Cuantificar presión arterial cada hora	❖ La presión arterial es la presión ejercida por el volumen de sangre circulante sobre las paredes de las arterias, así como sobre las paredes de las cámaras del corazón, está regulada por mecanismos homeostáticos del organismo mediante el volumen de sangre, la luz de las arterias y arteriolas y la fuerza de la contracción cardíaca.
❖ Cuantificar la frecuencia cardíaca	❖ La frecuencia cardíaca es un indicador del estado circulatorio. Para que las células funcionen normalmente debe haber un flujo sanguíneo continuo y un volumen y distribución de sangre hacia las células que necesitan nutrientes adecuados. La fuerza refleja el volumen de sangre eyectado. Los límites normales son de 70–80 latidos por minuto. y consecuentemente la perfusión tisular.

<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Vigilar el llenado capilar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ El llenado capilar es una valoración para determinar el déficit de volumen vascular. Se observa para detectar signos de decremento en el riesgo de órganos y tejidos. El llenado capilar normal es de 2 seg.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Transfundir sangre según indicación médica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ La transfusión sanguínea es la administración de sangre total o algún componente, como los concentrados de hematíes, para reemplazar la pérdida sanguínea producida por traumatismo, cirugía o enfermedad.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Vigilar el sangrado transvaginal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ La vigilancia estricta del sangrado transvaginal nos proporciona un dato muy importante para valorar la cantidad, aproximada de pérdida del volumen sanguíneo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Administrar expansores de volumen como plasma, solución salina o lactato de Ringer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Los expansores de volumen son utilizados para contrarrestar los efectos de la hipovolemia, aumentando el volumen vascular.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Control estricto de líquidos registrándolo en la hoja correspondiente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Es una hoja de curso clínico bien diseñada que resulta valiosa, ya que en ella se registran los ingresos y egresos de líquidos, facilitando valorar si el balance hídrico del paciente es positivo o negativo al finalizar un período de 24 horas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Administrar dobutamida 16 ml aforado a 24 ml de agua bidestilada para pasar 1 ml hrs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Es una droga que actúa sobre el sistema cardiovascular. Es un vasopresor inotrópico, aumenta la contractilidad miocárdica, el índice cardíaco, el aporte de oxígeno y el consumo de oxígeno. Está indicado en el tratamiento de la hipoperfusión y la hipotensión.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Cuantificar la presión venosa central cada hora.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Es la presión sanguínea en las grandes venas del organismo diferenciada de la presión venosa periférica en una extremidad. Es útil porque monitoriza el volumen inicial en pacientes que han sufrido hipovolemia. La interpretación de los datos de la P.V.C. exige tener sumas precauciones cuando se monitoriza la respuesta cardiaca a los cambios del volumen sanguíneo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Administrar vitamina K 40 mg I.V. cada 24 horas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ La vitamina K promueve la formación de los factores de la coagulación en el hígado: protrombina activa, proconvertina, componente de la tromboplastina del plasma y factor stuar. No contrarresta la acción anticoagulante de la heparina</li> </ul>

**Evaluación:**

La paciente no presentó datos de sangrado por lo cual se logró mantener su estado hemodinámico.  
normal

## Diagnóstico de Enfermería 2

Alteración de la perfusión tisular gastrointestinal y renal relacionada con la pérdida de sangre.

### Objetivo

Vigilar la presencia de sangrado a cualquier nivel (renal y gastrointestinal)

Actividades de la Enfermera	Fundamentación Científica
❖ Vigilar la permeabilidad de la S.N.G.	❖ La S.N.G. ayuda a descomprimir el abdomen, verificar la presencia de sangrado o pérdidas grandes de líquidos y facilitar la expansión torácica.
❖ Evaluar las características de las evacuaciones y drenaje urinario.	❖ Sirve para verificar posibles alteraciones como pérdidas de glucosa o sangre.
❖ Auscultar ruidos abdominales.	❖ Permite verificar la presencia del peristaltismo.
❖ Administrar omeprazol 15 mg cada 24 horas.	❖ El omeprazol inhibe la secreción gástrica por inhibición de la hidrógeno-potasio ATPasa, la enzima responsable del paso final en la secreción del ácido clorhídrico por la célula parietal gástrica.
❖ Evaluar signos de hipotensión y palidez	❖ Alguna alteración en estos signos permite actuar en el momento oportuno.



❖ Administrar sucralfato 200 mg por S.N.G. cada 6 horas.	❖ Está indicado en el tratamiento y prevención de la úlcera duodenal gástrica, gastritis y en la profilaxis de la hemorragia gastroduodenal debida a úlcera de estrés en enfermos graves.
--	---

**Evaluación:**

La paciente no presentó sangrado por ningún nivel

## Diagnóstico de Enfermería

Patrón respiratorio ineficaz relacionado con la presencia de secreciones.

### Objetivo

Mantener vía aérea libre de secreciones.

Actividades de la Enfermera	Fundamentación Científica
<ul style="list-style-type: none"><li>❖ Evaluar los ruidos respiratorios, modificación en la saturación de oxígeno y agitación del paciente.</li> <li>❖ Realizar fisioterapia pulmonar antes de la aspiración endotraqueal.</li> <li>❖ Aumentar la concentración de oxígeno 10 a 20% por encima del valor que está recibiendo la paciente.</li> <li>❖ Introducir de .5 a 1 ml de solución salina a través del tubo endotraqueal y reconectar el ventilador.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ La evaluación de los ruidos respiratorios sirve como indicador de la necesidad de aspiración endotraqueal y de la eficiencia de la ventilación en cuanto a expansibilidad y simetría.</li> <li>❖ Su objetivo principal es mantener la permeabilidad de las vías aéreas, manteniendo la integridad de la función pulmonar, proporciona una mejor ventilación y moviliza las secreciones facilitando su remoción.</li> <li>❖ La técnica debe ser evaluada e individualizada para cada caso, tomando en consideración el estado del paciente.</li> <li>❖ La hiperoxigenación antes de la aspiración endotraqueal previene o disminuye la hipoxemia durante el procedimiento.</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Realizar la auscultación de los pulmones antes y después de la aspiración endotraqueal.</li>   <li>❖ Permitir que la paciente se recupere entre las pasadas de la sonda de aspiración.</li>   <li>❖ Aspirar la cavidad oral.</li>   <li>❖ Administrar dexametazona 5 mg I.V. por 5 dosis cada 8 horas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Con el objetivo de fluidificar las secreciones antes de la aspiración. El uso ayuda a extracción de las secreciones facilitando su remoción.</li>   <li>❖ Para evaluar la eficacia de la aspiración, como la disminución de los estertores, o detectar la presencia de extubación; como el esfuerzo respiratorio brusco, llanto o aumento de la salivación.</li>   <li>❖ Para prevenir el aumento de la agitación y el estrés causados por el procedimiento.</li>   <li>❖ Evitar la acumulación de secreciones orales especialmente en los pacientes inconcientes o sedados.</li>   <li>❖ La dexametazona es un glucocorticoide antiinflamatorio utilizado para facilitar la extubación y mejorar la función pulmonar, ya que mejora la insuficiencia respiratoria, disminuye el edema primario relajando los bronquios y reduciendo por consiguiente el bronco-espasmo.</li> </ul>
--	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Monitorear la gasometría arterial</li> </ul> <p><b>Post – extubación.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Proporcionar puritan al 40%</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Vigilar continuamente el funcionamiento del nebulizador.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ No permitir que el vapor sea muy denso.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Observar la frecuencia y el patrón respiratorio.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Colocar a la paciente en posición semifowler.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Proporcionar M.N.B., con .5ml de salbutamol más 2.5ml de S.F. cada 6 horas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Los resultados de éste examen ofrecen parámetros para la evaluación de la oxigenación y para el ajuste de la asistencia ventilatoria.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ El uso de vaporización proporciona un medio húmedo que hace llegar aire tibio y humedecido al árbol traqueobronquial para fluidificar las secreciones, aliviar la irritación traqueobronquial y mejorar la ventilación.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ A través de la vigilancia estrecha del nebulizador podemos valorar la eficacia del tratamiento para una pronta recuperación de la paciente.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ El exceso de vapor impide observar la respiración del paciente.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Los cambios en la respiración del paciente suelen indicar disminución del aporte de oxígeno hacia los tejidos con deterioro del estado neurológico y la necesidad del incremento de oxígeno.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Ésta posición permite un intercambio gaseoso adecuado en las vías aéreas facilitando la ventilación.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Las nebulizaciones por inhalación previenen el brocoespasmo de las vías aéreas.</li> </ul>
---	---

<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Administrar dicloxacilina 500 mg I.V. cada 6 horas</li>   <li>❖ Proporcionar fisioterapia pulmonar (percusión).</li>   <li>❖ Observar signos de infección.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ La dicloxacilina es un medicamento bastante eficaz para combatir infecciones causadas por bacterias productoras de una enzima llamada penicilinasas.</li>   <li>Se distribuye ampliamente en la mayoría de los líquidos corporales. La importancia de su aplicación es para evitar infección debido al uso prolongado de la ventilación mecánica.</li>   <li>❖ La percusión del tórax es un dispositivo que se usa para mejorar la higiene pulmonar y la permeabilidad de las vías respiratorias. Su objetivo es liberar las secreciones y empujarlas a las vías respiratorias más grandes.</li>   <li>❖ El uso de corticoides disminuye la capacidad del sistema inmunológico para combatir las infecciones en el transcurso del tratamiento.</li> </ul>
--	--

**Evaluación:**

Se logra el objetivo, ya que la paciente mantiene la vía aérea libre de secreciones.

## Diagnóstico de Enfermería 4

Dolor relacionado con la herida quirúrgica.

### Objetivo

La paciente no mostrará signos de dolor.

Actividades de la Enfermera	Fundamentación Científica
❖ Administrar analgésicos según prescripción médica.	❖ Los analgésicos narcóticos actúan sobre el S.N.C. alterando la percepción del dolor. Estos se utilizan cuando el dolor es intenso. Además ayudan a minimizar la intensidad y la duración del dolor, favoreciendo al paciente para recuperarse prontamente de esa experiencia estresante.
❖ Administrar nalbufina 1.2 mg aforado a 24 ml de glucosa 5% para pasar 1 ml/hora.	❖ Los opioides son agentes farmacológicos que poseen acción analgésica similar a la del opio. Los efectos de estos analgésicos se producen sobre el S.N.C. y sobre el tracto gastrointestinal.
❖ Administrar midazolam 115mg aforado a 48ml de solución glucosada 5% para pasar 1 ml hora.	❖ El midazolam es un sedante hipnótico potente, por ser altamente soluble a lípidos. Por tener un pH fisiológico, el midazolam entra rápidamente en el cerebro lo que da por resultado una acción inmediata.

<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Administrar Ketorolaco 20 mg I.V. cada 8 horas.</li>   <li>❖ Cambiar a posición de decúbito cada 4 horas según la tolerancia de la paciente.</li>   <li>❖ Vigilar la presencia de signos de dolor (diaforesis, cambios en la P.A., F.C. y respiratoria)</li> </ul>	<p>Es sumamente importante vigilar a la paciente, ya que puede presentar hipotensión y disminución del flujo cerebral.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Analgésico no narcótico que está indicado para el tratamiento a corto plazo del dolor. Es anti-inflamatorio no esteroide que muestra actividad analgésica, anti-inflamatoria y débil actividad antipirética. Carece de efectos intrínsecos sobre la respiración y no potencia la sedación ni la depresión respiratoria relacionada con los opioides.</li>   <li>❖ Para promover el bienestar, la disminución del dolor, prevenir úlceras por decúbito y ayudar a la movilización de los líquidos intersticiales.</li>   <li>❖ Estos son instrumentos o indicadores del comportamiento que ayudan en la calificación y cuantificación del dolor. La intervención inmediata ante la presencia del dolor ayuda al paciente a recuperarse de esa experiencia estresante.</li> </ul>
---	---

**Evaluación:**

Se logra el objetivo, ya que la paciente no presentó signos de dolor.

## Diagnóstico de Enfermería 5

Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos y administración de altas concentraciones de glucosa por vía parenteral

### Objetivo

No presentará signos de infección por el catéter central, manteniendo la glucosa dentro de los límites normales.

<b>Actividades de la Enfermera</b>	<b>Fundamentación Científica</b>
❖ Iniciar N.P.T. de acuerdo a prescripción médica.	❖ La N.P.T. contiene los elementos necesarios para atender las necesidades metabólicas y energéticas. Es un método desarrollado para suministrar por vía intravenosa los sustratos energéticos y nutricios en un paciente cuya función gastrointestinal esta afectado debido a condiciones clinico-patológicas. Aporta carbohidratos, lípidos, aminoácidos, electrolitos, agua, oligoelementos, y vitaminas.
❖ Instalar la N.P.T. con técnica aséptica.	❖ El contenido de la N.P.T. es un medio rico en nutrientes que favorece el crecimiento de las bacterias patógenas por ellos se recomienda que los catéteres sean manipulados con técnica aséptica.
❖ Cuantificar dextrostix por turno.	❖ La glucosa se inicia a razón de 40ª 60 gr m <sup>2</sup> día, aumentando según la tolerancia del paciente.



<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Vigilar Instalación, vigencia y permeabilidad del catéter intravascular.</li>   <li>❖ Realizar Labstix en orina cada 6 hrs.</li>   <li>❖ Lavarse las manos con agua y jabón antes de realizar curación en el catéter intravascular.</li>   <li>❖ Utilizar al máximo la barrera estéril al momento de curar el catéter.</li>   <li>❖ Realizar la curación con isodine espuma cada 72 hrs. o P.R.N</li> <li>❖</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ El equipo y el recipiente con la N.P.T. deben ser cambiados cada 24hrs. utilizar solución antiséptica yodada para desinfectar la conexión entre el catéter y el equipo. El equipo y el recipiente con la N.P.T. deben ser cambiados cada 24 hrs.</li>   <li>❖ La aparición de glucosuria puede indicar sepsis inminente,</li>   <li>❖ El agua y jabón forman una emulsión que zonifica a las grasas. La fricción energética y el chorro de agua proporcionan el arrastre mecánico de la flora micro bacteriana de las manos. Por lo tanto el lavado de manos es una medida de seguridad que protege al paciente.</li>   <li>❖ Es indispensable el uso de cubrebocas y guantes estériles para disminuir el riesgo de infección, lo que agravaría el estado de salud del paciente.</li>   <li>❖ El isodine es una solución antimicrobiana utilizada como desinfectante y como antiséptico tópico.</li> </ul>
---	---

<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ No aplicar pomadas antibióticas.</li>   <li>❖ Cubrir el catéter con apósito transparente.</li>   <li>❖ Membretar el catéter con fecha, hora, y nombre de la persona que haya realizado la curación.</li>   <li>❖ Cuantificar la temperatura cada hora</li> </ul>	<p>El uso de esta solución permite reducir los riesgos y complicaciones y prolongar la utilidad del catéter sin poner en riesgo al paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ La aplicación de pomadas antibióticas incrementa la tasa de infecciones por hongos y promueve la resistencia antibacteriana y no ha demostrado ser útil para disminuir la frecuencia de infecciones relacionadas al catéter.</li>   <li>❖ Existen estudios controlados que aseguran que los apósitos transparentes son una alternativa segura y efectiva que el uso de gasa y tela adhesiva.</li>   <li>❖ Esto nos permite llevar un control estricto para realizar la próxima curación.</li>   <li>❖ El dato clínico más importante que obliga a sospechar una infección intravascular asociada con el catéter es la presencia de la fiebre.</li> </ul>
---	--

**Evaluación:**

La paciente no presentó signos de infección y mantuvo su glucosa dentro de los límites normales.

## Diagnóstico de Enfermería 6

Patrón respiratorio ineficaz debido a expansión torácica inadecuada provocado por aparición de aire.

### Objetivo

Mantener un patrón respiratorio eficaz.

Actividades de la Enfermera	Fundamentación Científica
❖ Vigilar que la conexión del tubo de drenaje este bien fijado con tela adhesiva.	❖ Esto nos permite prevenir accidentes y la separación de los tubos.
❖ Mantener el sistema del drenaje por debajo del nivel torácico.	❖ Para facilitar el drenaje y evitar que haya reflujo del agua contenida en el sistema.
❖ Observar la oscilación del agua en la cámara de control de sistema.	❖ La presencia del burbujeo en la cámara colectiva del sistema indica el drenaje del aire, principalmente en las primeras 24 hrs.
❖ Mantener los tubos sin dobleces y libres, no prenderlos a la cama	❖ La presencia de muchas curvas y dobleces en el sistema de tubos altera el drenaje y si estuviesen fijados a la cama, esto puede llevar a que se retire accidentalmente el drenaje torácico en el momento en que se movilice a la paciente.
❖ Mantener una pinza Kelly al lado de la cama.	❖ En caso de desconexión accidental del sistema de drenaje, habrá necesidad de pinzamiento inmediato del drenaje.

<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Controlar la T.A. pulso, y respiración.</li>   <li>❖ Marcar el volumen de líquidos del sello de agua.</li>   <li>❖ No ordeñar los tubos de conexión.</li>     <li>❖ Observar la oscilación y el burbujeo en la columna del sello de agua con los movimientos respiratorios.</li>     <li>❖ Cambiar de posición a la paciente si esta lo tolera.</li>   <p><b>Para retirar del drenaje de tórax</b></p> <li>❖ Verificar la prescripción médica y asegurarse de que la paciente este lista para que se le retire el drenaje.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Para detectar cambios del gasto cardiaco, proceso infeccioso y oxigenación</li>   <li>❖ Para evaluar alteraciones del nivel de agua colocado en el sistema.</li>   <li>❖ El ordeño produce mucha presión de aspiración dentro del tubo. En caso de que el drenaje sea sanguinolento golpear suavemente el tubo con movimientos en el sentido de la base, en dirección al sistema del drenaje</li>   <li>❖ El burbujeo en el sistema es indicador de que el aire está siendo drenado. Si no hay burbujeo u oscilación en la columna de agua podría haber ocurrido la reexpansión pulmonar completa a la obstrucción del drenaje.</li>   <li>❖ Ayuda a promover la circulación en la piel y ayuda al drenaje del neumotórax.</li>   <li>❖ El drenaje deberá ser clampeado por un periodo superior a las 48 hrs. sin presentar neumotórax (Confirmación radiológica) y con ausencia de drenaje.</li> </ul>
--	--

❖ Administrar analgésicos para el dolor.	❖ El procedimiento podrá causar algún dolor o molestias en el paciente.
❖ Lavarse las manos y preparar el material en campo estéril.	❖ La descontaminación de las manos es absolutamente esencial para la prevención y control de las infecciones, además evita la diseminación de gérmenes patógenos y previene las infecciones cruzadas.
❖ Colocar gasas estériles encima de la salida del drenaje, presionando firmemente.	❖ Para evitar la entrada del aire por el orificio.
❖ Ayudar con una radiología del tórax.	❖ La radiología torácica deberá ser realizada aproximadamente 4 hrs. después de la extracción del drenaje torácico o antes, si fuera necesario.
❖ Hacer las anotaciones en la hoja de Enfermería.	❖ Fecha, hora y localización del drenaje y alguna observación de importancia.

### Evaluación

La paciente no presentó datos de alteración respiratoria

## Diagnóstico de Enfermería 7

Riesgo de infección relacionado con presencia de herida quirúrgica secundaria o procedimiento invasivo.

### Objetivo

La paciente no presentara signos de infección por la herida quirúrgica.

Actividades de la Enfermera	Fundamentación Científica
<ul style="list-style-type: none"><li>❖ Cuantificar la temperatura corporal cada hora</li> <li>❖ Vigilar en la herida quirúrgica la presencia de REEDA.</li> <li>❖ Administrar cefotaxima 1 gr. Cada 8 horas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ La temperatura corporal es el nivel de calor producido por los procesos corporales. Las variaciones y cambios en la temperatura corporal son los principales indicadores de enfermedad y otras anomalías. La producción y pérdida de calor se regula y controla en el hipotálamo y en el tronco del encéfalo. La temperatura axilar normal es de 36.5º. C.</li> <li>❖ REEDA son las siglas que equivalen a enrojecimiento, edema, equimosis, secreción y aproximación de la herida. La presencia de algunos de estos signos pueden indicar infección en la herida quirúrgica.</li> <li>❖ La cefotaxima es un bactericida de amplio espectro de la tercera generación. Su mecanismo de acción parece que es por interrupción de la pared de la célula bacteriana. Metabolizada en el hígado a un compuesto activo, desacetilcefotaxima. Se excreta por vía renal.</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Realizar asepsia médica de manos antes y después de la curación de la herida quirúrgica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Es el procedimiento que se realiza mediante el uso de agua y jabón para eliminar la flora bacteriana por medio de la fricción y el arrastre mecánico de las sustancias y partículas que se adhieren a la piel de las manos. El lavado de manos es uno de los métodos más sencillos y sólidos que previenen la propagación de los agentes infecciosos de una persona a otra.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Realizar curación de la herida quirúrgica con la técnica aséptica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ La técnica aséptica es un procedimiento de asistencia sanitaria en el que se aplican unos cuidados excepcionales, con objeto de evitar que la herida quirúrgica se contamine por microorganismos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Cambiar el apósito quirúrgico y observar si hay sangrado, las condiciones de la piel y las suturas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ La acumulación de secreciones crea un ambiente húmedo favoreciendo un medio de cultivo para el crecimiento de bacterias gramnegativas como pseudomonas y staphylococos. Hay que recordar que una herida quirúrgica limpia y seca facilita el proceso de cicatrización.</li> </ul>

### **Evaluación**

Durante la estancia en la UCI pediátricas la paciente no presentó signos de infección en la herida quirúrgica

## Diagnóstico de Enfermería 8

Déficit de autocuidado: baño e higiene relacionada con el deterioro neuromuscular secundario a hemiparesia derecha.

### Objetivo

Mantener un estado higiénico adecuado de la niña.

Actividades de la Enfermera	Fundamentación Científica
❖ Realizar baño de esponja diario.	❖ El baño es muy importante por que proporciona un alto índice de salud, es calmante y vigoroso, ayuda al buen funcionamiento orgánico y regula la temperatura.
❖ Cambio de sábanas las veces que sea necesario.	❖ Buena parte del bienestar del paciente, esta en la cama, sobre todo si tiene que permanecer en largo tiempo. La ropa de cama húmeda o contaminada por heces fecales facilita la aparición de soluciones de continuidad de la piel y de las infecciones.
❖ Cambiar de posición a la niña dos veces por turno	❖ Es necesario la movilidad para mantener una buena circulación y un buen riego sanguíneo, pues facilita la sensación de bienestar favoreciendo el descanso y una buena función de los órganos; además se evitan las úlceras por decúbito por posiciones prolongadas.

### Evaluación:

Se mantiene limpia y cómoda a la niña





<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Durante la visita orientar la atención de los padres hacia la niña</li>   <li>❖ Ayudar a que en los padres se desarrolle una percepción realista de la evolución y pronóstico de la niña.</li>   <li>❖ Incentivar la visita de los padres de acuerdo a los horarios de la UCI.</li>   <li>❖ Alentar a los padres para que verbalicen sus preocupaciones y sentimientos.</li>   <li>❖ Incentivar a los padres para que cultiven la religiosidad en estos momentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Resulta importante que el equipo de Enfermería este presente y se comporte atentamente durante la visita de los padres. Mostrarse disponible para responder a las preguntas y para escuchar las preocupaciones de estos.</li>   <li>❖ Esta perspectiva ayuda a reducir el miedo a lo desconocido que aumenta la preocupación y distorsiona la percepción de la realidad.</li>   <li>Las visitas frecuentes ayudan a promover el amor de los padres para con el hijo, favoreciendo la recuperación de éste.</li>   <li>❖ Platicar sobre el asunto ayuda a aliviar el estrés.</li>   <li>❖ Cuando la religiosidad se desarrolla da esperanza y reduce la ansiedad relacionada muchas veces con el futuro desconocido.</li> </ul>
---	---

### **Evaluación**

Se logra el objetivo propuesto debido a la disponibilidad y colaboración de los padres.

## CONCLUSIONES

Las enfermeras de **Cuidados Intensivos**, son la base de estas unidades por estar siempre a la cabecera del paciente, proporcionando cuidados especializados y realizando valoraciones clínicas, y son ellas las que soportan el mayor peso de la responsabilidad de ayudar al paciente y a sus familiares a afrontar la tensión emocional.

El **Choque Hipovolémico**, es un síndrome que representa falla en la perfusión tisular. Es preciso rescatar a las células con menor irrigación para lograr que el paciente sobreviva. El método bien integrado y cuidadoso de evaluación, con determinación de la fisiopatología y manifestaciones clínicas aunado a las intervenciones adecuadas de Enfermería logran impacto considerable en la estabilización y recuperación del paciente.

Es evidente que el progreso científico y tecnológico de la Enfermería exige un trabajo continuo y conciente para prestar un servicio de calidad altamente humanizado y con un sólido componente ético.

El niño sano requiere de muchos cuidados y cuando está enfermo requiere de mucho más y de mayor vigilancia y no solamente la proporcionada en el hospital por un médico o una enfermera, sino que es muy importante la que le proporciona la persona que lo ama.

La orientación y educación proporcionada a los padres debe ser clara, concisa y simple de entender para poder desarrollar el sentido de la responsabilidad en el cuidado del niño.

Actualmente existen enfermeras carentes de seguridad que necesitan capacitación para el desarrollo del proceso atención de Enfermería para proporcionar cuidados inmediatos y planear las medidas necesarias en forma anticipada.

Espero que el H. Sínodo, aprecie que el esfuerzo y sacrificio que he realizado para la elaboración de éste trabajo ha sido grande; pero también estoy conciente que no hay nada difícil si se tiene el ferviente deseo de aprender. Por eso me he fijado una meta:

**“difundir el proceso enfermero con mis compañeros, ofreciendo mis ideas y conocimientos adquiridos, lo cual contribuirá al enriquecimiento de mi práctica profesional”.**

## **SUGERENCIAS.**

- ❖ Concientizar al personal de Enfermería que el proceso de atención de Enfermería es un método de atención aplicable en la práctica profesional a través del cual, se proporcionan cuidados individualizados y con sentido humanitario.
  
- ❖ Es importante que los profesionales de salud se capaciten continuamente, debido a los cambios que se están produciendo para poder adaptarse mejor a las necesidades que van surgiendo tanto profesional, como de la comunidad a la que brindan sus cuidados.
  
- ❖ Como pasante de la licenciatura la aplicación del proceso de Enfermería representa una apertura a nuevos aprendizajes junto con el paciente y su familia, para reforzar creencias y prácticas del salud positiva.
  
- ❖ Considero necesario programar cursos de capacitación para la aplicación del proceso enfermero, ofreciendo el docente una clara y práctica forma de aprenderlo, aplicarlo y enseñarlo.

**ANEXOS**  
Valoración Diagnóstica de Enfermería

i. **Datos de Identificación:**

Nombre:	Domicilio
Sexo	
Nacionalidad	
Escolaridad	
Ocupación	Fecha de nacimiento
Estado civil	
Religión	Familiar responsable
Grupo sanguíneo	
Talla	Peso

**1. Perfil del paciente:**

Ambiente físico (casa).

Propia                  Rentada                  Prestada  
Habitaciones:

Tipo de construcción

Servicios sanitarios

Agua intradomiciliaria      Hidrante público      Otros

Eliminación de desechos

**Control de basura:**

Drenaje:    Fosa séptica  
Letrina

Otros: \_\_\_\_\_

### **Vías de comunicación**

Pavimentación		Colectivos	Teléfono
Carreteras	Metro	Camiones	
Taxi	Carro particular		

### **Recursos para la salud**

Centro de Salud	IMSS	ISSSTE
-----------------	------	--------

Consultorio particular:  
Otros: \_\_\_\_\_

### **Hábitos higiénico-dietéticos**

Aseo: Baño: (Tipo y frecuencia)  
De manos: Cambio de ropa personal (Total, parcial, frecuencia)  
Bucal:

### **Alimentación**

Carne	Huevos
Verduras	Leche
Frutas	Tortillas
Leguminosas	Pan
Pastas	Agua _____ Lts. Por día o vaso al día _____

### **Eliminación**

Horario y características:  
Intestinal  
Vesical  
Descanso (Tipo y frecuencia)  
Sueño (Horario y características)

Diversión y/o deportes

Trabajo y/o estudio:

Otros: \_\_\_\_\_

### **Composición Familiar**

Dinámica Familiar

Dinámica Social

### **Comportamiento (Conducta cotidiana)**

Agresivo

Tranquilo

Indiferente Alegre

Cooperador

## **2. Antecedentes personales no patológicos**

Vacunación

Grupo y Rh

Tabaquismo

Toxicomanías

Alcoholismo

Fármaco-dependencia

Parentesco	Edad
Ocupación	Participación Económica

## **3. Antecedentes Personales Patológicos**

Diabetes

Cardiopatía

Epilepsia

Neuropatía

H.T.A.

Enf. Infecto-contagiosa

Antecedentes quirúrgicos

Toxoplasmosis

Tipo: \_\_\_\_\_



#### 4. Antecedentes Heredo-Familiares

Sífilis	Trastornos Psiquiátricos
SIDA	Diabetes
Malformaciones congénitas	Neoplasias
Consanguinidad	Cardiopatía
Retraso Mental	Neuropatía

#### 5. Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

Palpitaciones	Lipotimias	Disnea
Acúfenos	Dolor torácico	Edema
Fosfenos	Ruidos Cardíacos	Cianosis
Tos	Disfonías	Expectoración

Observaciones:

#### 6. Digestivo

Apetito Normal	Vomito		
Meteorismo	Diarrea		
Disminución del apetito			
Hematemesis			
Pirosis	Dolor abdominal	Movimientos Peristálticos	Melena
Prurito anal			
Disfagia	Regurgitaciones	Constipación	
Pujo y tenesmo.			

Observaciones:

#### 7. Genitourinario

Dolor	Piuria	Dismenorrea
Patología Mamaria		
Tipo: _____		
Disuria	Poliuria	Prurito

Tenesmo	Leucorrea (características)
Hematuria	Escurrimiento Uretral Glándulas Mamarias
Observaciones:	

### 9. Nervioso

Cefalea	Aislamiento	Inconciencia
Miosis	Temblores	Insomnio
Midriasis	Ansiedad	Falta de memoria
Babinski		
Observaciones:		

### 10. Músculo-Nervioso

Deformidades: Óseas, articulares y musculares	Crepitación	Aumento de peso
Hipertricosis	Galactorrea	
Hipertiroidismo		
Mialgias	Polidipsia	
Sudoración		
Hipotiroidismo	Artralgias	
Polifagia		
Diabetes	Varices	
Perdida de peso		
Observaciones:		

### 11. Piel y anexos-Órganos de los sentidos

Pigmentación	Herida	
Otorrea	Conjuntivitis	
Dermatosis	Edema	
Hipoacusia	Epistaxis	
Acné	Turgencia	Dolor

Alergia

Prurito

Trastornos del olfato

Observaciones:

Comprensión y/o comentario de su problema o padecimiento

## 12. Antecedentes Gineco-obstétricos

Menarca:

Cielos:

Duración:

Incapacitante: \_\_\_\_\_

Método de Control de Planificación Familiar:                      Tipo:

Periodo de Utilización:                      FUR:

Papanicolaou: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_

Gestas: Para: Abortos:                      Cesáreas:                      Inter-genésico:

Vigilancia prenatal:

No. De compañeros sexuales:

Óbito

Infecciones urinarias:

Infecciones generales:

## 13. Exploración Física

Peso antes del embarazo:

Peso actual:

Sobrepeso de \_\_\_\_\_ kg.

Estatura:

Pulso: \_\_\_\_\_ T.A.: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Respiración: \_\_\_\_\_

Inspección:

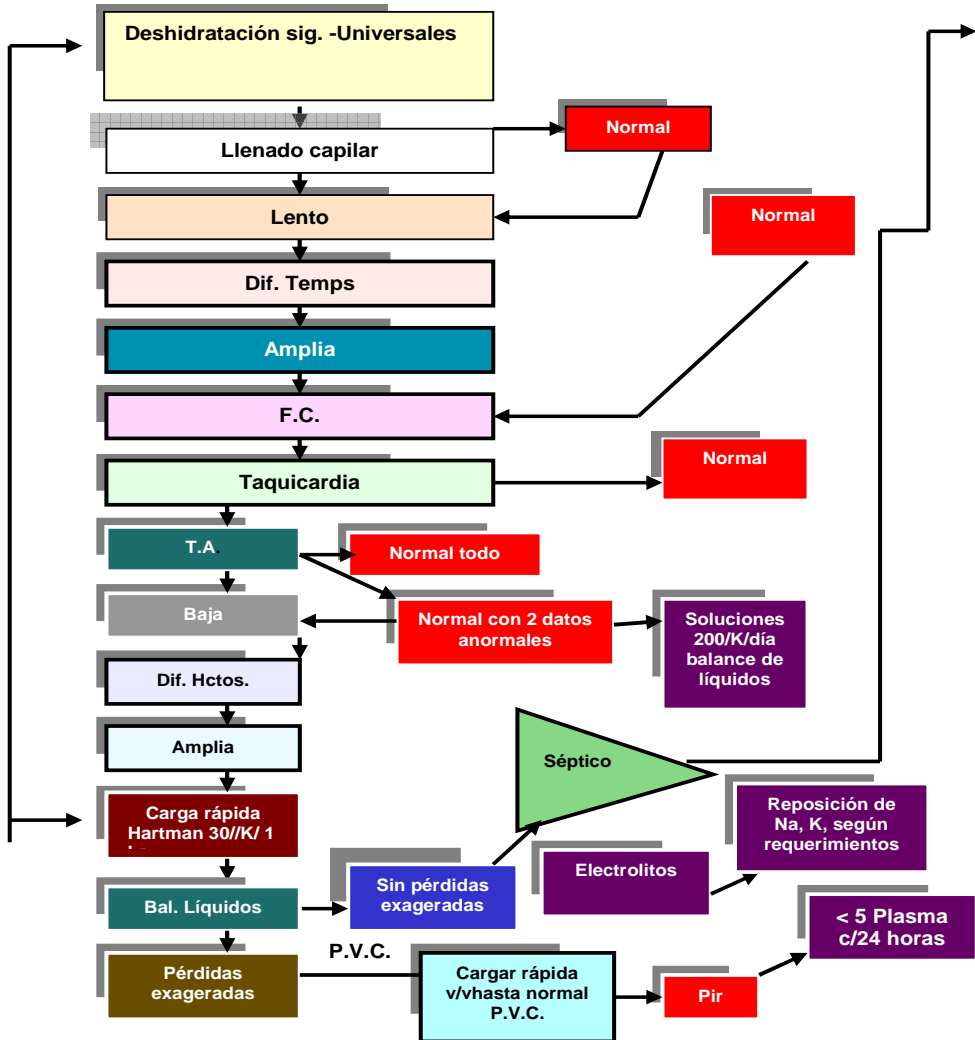
Aspecto físico:

Palpación:

Percusión:

Auscultación:

## Algoritmo Algoritmo de diagnóstico y tratamiento del choque hipovolémico (según Véliz).



Tratamiento, vigilancia y cuidados de los pacientes con  
choque

<b>Indispensables</b>	<b>Recomendables</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Frecuencia cardiaca.</li> <li>❖ Frecuencia respiratoria.</li> <li>❖ Tensión arterial.</li> <li>❖ Temperatura (central) y periférica.</li> <li>❖ Peso y balance de líquidos cada 8 horas.</li> <li>❖ Presión venosa central (P.V.C.)</li> <li>❖ Hematocrito central y periférico.</li> <li>❖ Medición del volumen urinario (horario, densidad).</li> <li>❖ Electrolitos séricos, glucemia, urea, creatinina y examen general de orina cada 12 a 24 horas.</li> <li>❖ Investigación de focos infecciosos (hemocultivos, urocultivos, coprocultivos,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Osmolaridad sérica.</li> <li>❖ Osmolaridad urinaria.</li> <li>❖ Diferencia arteriovenosa de oxígeno.</li> <li>❖ Consumo de oxígeno.</li> <li>❖ Gasto cardiaco.</li> <li>❖ Volumen plasmático.</li> <li>❖ Masa eritrocitaria.</li> <li>❖ Transaminasa glutamicooxaloacética.</li> <li>❖ Transaminasa glutamicopirúvica.</li> <li>❖ Urea urinaria.</li> <li>❖ Reproducción de “agua libre”.</li> <li>❖ Cortisol y estimulación con ACTH.</li> <li>❖ Deshidrogenasa láctica.</li> <li>❖ Amilasa.</li> </ul>

<p>etc....).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>❖ Gasometría arterial.</li><li>❖ Electrocardiograma.</li><li>❖ Pruebas de coagulación (plaquetarias, fibrinógeno,, T.R., T.P.T., productos líticos de fibrina).</li><li>❖ Estudios radiológicos (tórax, abdomen y otros específicos).</li><li>❖ Ácido láctico (lactato)</li><li>❖ Ácido pirúvico (piruvato).</li></ul>	
---	--

## BIBLIOGRAFÍA

Coria Lorenzo J. Gómez B.D. Saavedra B.M. Avances en el Control de Infecciones Nosocomiales en el Paciente Pediátrico. Editorial Astra Zeneca. 2ª. Edición México 2005. PP. 353.

El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica. Editorial Océano Centrum. 9ª. Edición. España 1994. PP. 482, 483.

Enfermería Clínica (2000) Revista Vol. 10 número 6 Noviembre–Diciembre Editorial Doyma S.L. Barcelona, España.

Jeffrey L. Blumer. Cuidados Intensivos en Pediatría. Editorial Harcourt Brace. 3a. Edición. España 1999. PP. 961.

Jonson M. Bulechek G. Maas M. Diagnósticos Enfermeros Resultados e Intervenciones. Editorial Hartcourt, 1 Madrid, España 2000. PP. 151

Kitt E. Kaiser J. Urgencias en Enfermería. Editorial Interamericana 1ª. Edición. México 1992. PP. 545.

Lyer P.W. Taptich B. J. Bernocchi-Losey D. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. Editorial Interamericana. 3ª. Edición. México 1997. P.P. 35.

Marjory Gordon. Manual de Diagnósticos Enfermeros. Editorial Elsevier-Mosby. 10a. Edición. España 2003. P.P. 353.

NANDA Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificaciones. Editorial Española, Madrid, España 2001, PP. 263.

Rodríguez Berta Alicia. Proceso de Enfermería. Editorial Cuellar. 1ª. Edición México 2000 PP. 23.

Rodríguez R. Velásquez L, Valencia P. Urgencias en Pediatría. Editorial Interamericana 4a. Edición. México, 1996, PP. 19.

Rubio Domínguez, Severino. “Hacia la construcción de una disciplina Enfermera”



adaptado como material didáctico de La construcción de una disciplina, de Esteban, Manuel, Universidad de Murcia, España, 1994. SUA–ENEO, 1996, PP. 101, 105, 106.

Tucker, Canobbio, Paquete, Wells. Normas de Cuidados del paciente. Editorial Harcourt/Océano. 6a. Edición. España, 1998. P.P. 340.

Whaley L. Wong. Tratado de Enfermería Pediátrica. Editorial Interamericana, México, D.F. 2000. PP. 707.

Zimmerman. Gildea. Cuidados Intensivos y Urgencias en Pediatría. Editorial Interamericana. 1ª. Edición México 1898. PP. 72.

Vía Internet Google.

Características de las intervenciones de Enfermería.

Proceso de Atención de Enfermería.

Las intervenciones de Enfermería están destinadas a ayudar al sujeto de.....