



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE ENFERMERIA**  
**CARRERA DE ENFERMERIA**

**Dimensión Práctico del Exámen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Licenciada en Enfermería**

**TEMA DEL CASO CLINICO**

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE DE 16 AÑOS CON MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO Y SHOCK SÉPTICO.**

**AUTORA:**

HELLEN BRIGITTE AUCANCELA TOAPANTA

**TUTORA:**

LCDA. MONICA PATRICIA ACOSTA GAIBOR

BABAHOYO - LOS RIOS - ECUADOR

**2020**

## INDICE GENERAL

DEDICATORIA .....	I
AGRADECIMIENTO.....	II
TEMA DEL CASO CLÍNICO.....	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT.....	V
INTRODUCCIÓN.....	VI
I.MARCO TEORICO.....	1
1.1 Justificación .....	14
1.2 Objetivos.....	15
1.2.1. Objetivo general.....	15
1.2.2. Objetivos específicos.....	15
1.3 Datos generales.....	16
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....	17
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.....	17
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	18
2.3 Examen físico.....	22
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.....	25
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	25
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	25
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	31
2.8 Seguimiento.....	31
2.9 Observaciones.....	34
CONCLUSIONES.	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

## DEDICATORIA

Quiero dedicarle este pedacito de mi vida una vez más al dueño de mi vida, mis anhelos y sueños, Dios siempre has sido tu Papito en todo tiempo a mi lado protegiéndome y cuidando cada uno de mis pasos cuando te conocí de verdad.

A mi Mami Digna que ha sido mi pilar fundamental en este largo proceso, donde siempre recibí su apoyo incondicional y su aliento en mis noches largas, te amo muchísimo y estoy muy feliz de ser la mujer que soy por ti.

A mis hermanas Iris y Cielo y mi niño hermoso Jesús que siempre han estado para mí y quiero que estemos siempre para verlos volar aún más alto que yo.

A mis tíos, Alex, Mary, Margoth, David, Maricela, Pilar y Juan Pablo, que de muchas maneras me han impulsado a ser mejor persona que siempre me recuerdan que la humildad es ese amuleto que te lleva a todos lados, siempre y cuando no lo pierdas.

A mi mejor Amigo, compañero, colega y novio José, que hasta la madrugada de hoy en sus sueños me anima a no quedarme dormida mientras escribo esto, estoy tan orgullosa de ti, como tú de mí, porque esto lo hicimos juntos nada hubiese sido igual sino estuvieses aquí. Te Amo tantas gracias por ayudarme a no rendirme aun cuando la Pandemia estuvo difícil.

Y por último me lo dedico a mí por cada momento bueno y malo, porque me ha ayudado a crecer, a madurar y sobre todo a mejorar como persona y ahora como profesional. ¡Gracias a todos!

Hellen Brigitte Aucancela Toapanta

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero dar gracias a Dios y a mi familia porque sin ellos nada en mi vida tendría sentido.

Agradecer a cada uno de los Docentes que de una u otra forma fueron parte esencial de mi proceso de formación académica, y en éste último proceso a mi tutora la Lcda. Mónica Acosta Gaibor a quien respeto y admiro mucho su labor.

Gracias a Profesionales que marcaron mi vida en un antes y un después en la universidad y ellos son:

Dr. Cristóbal Morán, Lcda. Alba Ovaco, Dra. Ayala, Dr. Marcelo Vargas, Lcda. Maritza Jiménez, Lcda. Maritza López, Lcda. Zurita, Lcda. Carmen Torres, Lcda. Jahaira PARRALES, que Dios siga bendiciendo sus vidas y su profesión para que sigan impartiendo sus grandes conocimientos para que seamos tan buenos profesionales como ustedes.

Hellen Brigitte Aucancela Toapanta

## **TEMA DEL CASO CLÍNICO**

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE DE 16 AÑOS CON  
MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO Y SHOCK SÉPTICO.**

## RESUMEN

La miocardiopatía periparto es una patología poco frecuente; sin embargo, presenta una alta tasa de mortalidad elevándose aún más cuando el diagnóstico y el tratamiento no se realizan de forma temprana, es un trastorno de causa desconocida, en el cual la disfunción del ventrículo izquierdo y los síntomas de fallo cardíaco ocurren entre el último mes del embarazo y los primeros cinco meses después del parto, en mujeres sin signos ni síntomas preexistentes de enfermedad cardíaca.

El Choque Séptico es un tipo de shock que se produce como resultado de una respuesta inflamatoria generalizada del organismo debido a una infección, es una sepsis, en la que los trastornos de los sistemas cardiovascular, metabólico y a nivel celular son tan profundos que aumenta de manera significativa la mortalidad, entre los primeros focos infecciosos a los que ha atribuido la sepsis grave y choque séptico, es la neumonía, seguida de infecciones intraabdominales, de las vías urinarias e infecciones primarias del torrente sanguíneo.

Presento el caso de una puérpera de 16 años, referida del Hospital de Guaranda, ingresa al área de Unidad Cuidados Intensivos Materna posterior a parto vaginal más hemorragia post parto y síndrome de HELLP se complica con miocardiopatía periparto, y shock séptico por foco pulmonar. Respirando con soporte ventilatorio mecánico por traqueotomía permeable y presenta episodios de alza térmica de manera intermitente.

Se determina que el proceso de atención de enfermería es una herramienta imprescindible donde se priorizan los cuidados de forma lógica y sistemática que resulta de vital importancia para la recuperación de la paciente.

**Palabras claves:** miocardiopatía periparto, choque séptico, foco pulmonar, puérpera, preclamsia, alza térmica, proceso de atención de enfermería.

## ABSTRACT

Peripartum cardiomyopathy is a rare disease; However, it presents a high mortality rate, rising even more when diagnosis and treatment are not carried out early, it is a disorder of unknown cause, in which left ventricular dysfunction and symptoms of heart failure occur between the last month of pregnancy and the first five months after delivery, in women without pre-existing signs or symptoms of heart disease.

Septic Shock is a type of shock that occurs as a result of a generalized inflammatory response of the body due to an infection, it is a sepsis, in which the disorders of the cardiovascular, metabolic and cellular systems are so deep that it increases in a Mortality is significant, among the first infectious foci to which severe sepsis and septic shock have been attributed, is pneumonia, followed by intra-abdominal infections, urinary tract infections and primary infections of the bloodstream.

I present the case of a 16-year-old puerperal woman, referred from the Guaranda Hospital, admitted to the area of the Maternal Intensive Care Unit after vaginal delivery plus postpartum hemorrhage and Hellp's syndrome complicated by peripartum cardiomyopathy and septic shock due to pulmonary focus. Breathing with mechanical ventilatory support due to a patent tracheostomy and presents episodes of thermal rise intermittently.

It is determined that the nursing care process is an essential tool where care is prioritized in a logical and systematic way that is of vital importance for the recovery of the patient.

Key words: peripartum cardiomyopathy, septic shock, pulmonary focus, puerperal, preeclampsia, thermal rise, nursing care process

## INTRODUCCIÓN

La miocardiopatía periparto es considerada como una forma distinta del resto de las miocardiopatías; es decir una forma inverosímil de insuficiencia cardiaca de causa desconocida hasta la actualidad, en la cual la disfunción del ventrículo izquierdo y los síntomas de fallo cardiaco ocurren entre el último mes del embarazo y los primeros cinco meses después del parto, su importancia radica en que mujeres sin signos ni síntomas preexistentes de enfermedad cardiaca llegan a desarrollar la patología. La tasa de incidencia estimada implica que actualmente se ubica entre 1 de cada 4.000 nacidos vivos. Entre los principales factores de riesgo identificados se encuentra el embarazo gemelar, múltiparas y mujeres de raza negra. Aunque se desconoce su etiología, se ha postulado que la miocardiopatía periparto podría deberse a miocarditis, anomalías arteriales de vasos coronarios de calibre pequeño, o una respuesta inmunológica materna al antígeno fetal. La sintomatología es similar a la de insuficiencia cardiaca congestiva, y puede aparecer dolor precordial y palpitaciones. El electrocardiograma, la radiografía de tórax, la ecocardiografía-doppler y los cambios hemodinámicos son indistinguibles de los asociados con otras formas de miocardiopatía dilatada.

El shock séptico es un subconjunto de sepsis con aumento significativo de la morbilidad y mortalidad materna debido a las anormalidades graves de circulación y el metabolismo celular, implica hipotensión persistente provocando la necesidad de vasopresores para mantener la tensión arterial media  $\geq 65$  mm Hg.

El propósito de realizar este estudio de caso clínico es poner en práctica los conocimientos científicos adquiridos para la elaboración de los cuidados de enfermería pertinentes y junto al tratamiento médico se logre disminuir las complicaciones de dicha enfermedad, desarrollando aspectos más relevantes del cuidado de una joven puérpera con miocardiopatía periparto, y shock séptico desde el punto de vista de enfermería.

Para llevar a cabo el presente estudio de caso se aplicó el proceso de atención de enfermería en una paciente adolescente con miocardiopatía periparto y Shock Séptico.



## I. MARCO TEORICO

### MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO

Es una enfermedad que afecta a todas las mujeres que se encuentren en edad fértil, su incidencia se relaciona con el ciclo embarazo y puerperio además de ser poco frecuente las hipótesis consideradas de sus causas correlacionan la fisiológica del embarazo y el puerperio con factores infecciosos, inflamatorios, infecciosos, hormonales y genéticos. Se determina respectivamente con los antecedentes, el análisis del especialista y alguna sospecha clínica que posea, junto con la valoración ultrasonográfica pulmonar y cardíaca, lo cual hace que se establezca el diagnóstico temprano y el tratamiento de manera eficaz. (Blanca Estela Herrera<sup>1</sup>, 2019)

Por otra parte, se relaciona con disfunción ventricular y crecimiento de las cavidades izquierdas que de la misma manera es acompañada de la miocardiopatía periparto. El diagnóstico se constituye mediante métodos de imagen, como el ecocardiograma en una paciente que muestre todos los criterios para miocardiopatía periparto: Fracción de Eyección Ventricular Izquierda < 55%, por ecocardiografía o Fibrilación Auricular < 30%, y dilatación del ventrículo izquierdo mayor a 6 cm. (Blanca Estela Herrera<sup>1</sup>, 2019)

### INCIDENCIA

Existe una incidencia reportada que varía entre 1 en 3000 a 1 de cada 10.000 embarazos, según, (Dr. Lizzie Thompson, 2015)”

### ETIOLOGIA Y FISIOPATOLOGIA

es indocumentada. Se dice que la Miocardiopatía periparto podría estar inconclusa a través de muchos mecanismos que incluyen: factores inmunológicos, cambios inflamatorios anormales, respuesta hormonal anormal, predisposición genética o miocarditis. Se manifiesta predominantemente con disfunción sistólica ventricular originada en una reducción global en la contracción del miocardio y seguidamente de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo. El desagravio por el aumento del ventrículo izquierdo produce crecida de los volúmenes

telesistólico y telediastólico, cuando falla la compensación, el gasto cardíaco reduce y acontece insuficiencia cardíaca. (Dr. Lizzie Thompson, 2015)

## SÍNTOMAS

La sintomatología incluye: fatiga, ortopnea, disnea, disnea paroxística nocturna, hemoptisis, edema periférico y palpitaciones. Aquellos pueden mostrar episodios agudos o subagudos de insuficiencia ventricular izquierda. Las taquiarritmias que pueden acontecer incluyen taquicardia supraventricular, fibrilación auricular y en ocasiones taquicardia ventricular. Existe un mayor riesgo de tromboembolia debido al desarrollo permisible de trombos murales. (Dr. Lizzie Thompson, 2015)

## FACTORES DE RIESGO

Varios factores de riesgo se han planteado para el desarrollo de ésta patología, aunque muy pocos se han aprobado en estudios epidemiológicos. Estos incluyen la edad avanzada, multiparidad, toxemia o hipertensión arterial, embarazo gemelar, afrodescendencia, obesidad, nivel socioeconómico bajo, uso de tocolíticos, diabetes, tabaquismo. Uno de ellos se clasifica como factores posibles: alta paridad, edades reproductivas extremas, y embarazo gemelar; factores emergentes: obesidad, preeclamsia, síndrome de Hellp y genética; factores propuestos: hipertensión, tabaquismo, ancestro africano, y malnutrición. Otros son incluidos sobre la base de que se comportan como factores de riesgo para enfermedad cardiovascular. Es decir, la presencia de un solo factor aporta poco riesgo e incrementar otros va aumentando el riesgo de forma exponencial. (Jesús Ernesto Pérez Torga, 2016)

## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico para miocardiopatía periparto efectúa cuatro criterios:

1. Ausencia de enfermedad cardíaca o síntomas antes de finalizar el embarazo
2. Ausencia de otra causa que identifique la insuficiencia cardíaca
3. Insuficiencia cardíaca que se presente al final del embarazo o hasta cinco meses después del parto
4. Disfunción ventricular izquierda con una fracción de eyección menor de 45%

(Dr. Lizzie Thompson, 2015)

En la miocardiopatía al presentarse los criterios 2 y 4 que se presenta antes del tercer trimestre se le conoce como cardiomiopatía asociada al embarazo. La fisiopatología subyacente es posiblemente similar. (Dr. Lizzie Thompson, 2015)

## PRONÓSTICO

El pronóstico es malo y la Miocardiopatía periparto es una de las primeras causas de muerte materna. Un indicador pronóstico es el grado de disfunción en la presentación o por ecocardiografía transtorácica. La tasa de mortalidad es de 15 y 50%. Entre el 30-50% mejora y recupera la fracción de eyección ventricular izquierda al 50% o más. La mortalidad es producto de la insuficiencia cardíaca intratable, arritmias y tromboembolismo. (Dr. Lizzie Thompson, 2015)

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El manejo de la miocardiopatía periparto es conforme a la de otras causas de insuficiencia cardíaca e incluye el sustento adecuado de la oxigenación, la restricción de líquido y sal y el acompañar la descarga ventricular con vasodilatación y diuresis. Los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina han demostrado mejorar la mortalidad en la insuficiencia cardíaca y se recomienda como tratamiento de primera línea para el tratamiento. Los bloqueadores de los receptores de angiotensina son una alternativa para pacientes que no toleran los efectos secundarios de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. Además, los bloqueadores de los receptores de angiotensina II están contraindicados durante el embarazo debido al riesgo teratogénico. La administración de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, especialmente en el segundo y el tercer trimestre se asocia con aumento de la pérdida fetal, oligohidramnios, disfunción renal fetal y otras anomalías congénitas. No se recomienda el uso de estos fármacos en las madres que amamantan debido al riesgo de hipotensión neonatal. Mientras tanto la terapia con los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina en el post-parto se indica, mientras el ventrículo izquierdo continúe en fallo, a largo plazo puede regenerar el remodelado cardíaco. (Dr. Lizzie Thompson, 2015)

La terapia de hidralazina y nitratos, tal como el dinitrato de isosorbide, se

puede utilizar de forma segura durante el embarazo. Estos medicamentos reducen la poscarga, la precarga y las presiones intracavitarias. Los betabloqueantes han demostrado mejorar la supervivencia y pueden tener un efecto protector contra las taquiarritmias. La digoxina supone ser segura en el embarazo y puede ser utilizada por su efecto inotrópico positivo y para el tratamiento de la fibrilación auricular en caso de producirse. Los niveles plasmáticos de digoxina deben ser monitoreados cuidadosamente. Los diuréticos de asa, por ejemplo, furosemida, pueden reducir la congestión pulmonar y el edema periférico, se pueden utilizar de forma segura en el embarazo y la lactancia. Los bloqueadores de los canales de calcio, se evitan totalmente, debido a sus propiedades inotrópicas negativas. No se recomiendan antagonistas de la aldosterona tales como espironolactona durante el embarazo. (Dr. Lizzie Thompson, 2015)

#### COMPROMISO CARDIO-PULMONAR

En pacientes que presenten signos de compromiso cardiopulmonar y parámetros de shock, requerirán su ingreso a un área crítica como es la unidad de cuidados intensivos. Estos cuadros se caracterizan por inestabilidad hemodinámica (tensión arterial sistólica  $<90$  mmHg, frecuencia cardíaca  $>130$  latidos por minuto o  $<45$  latidos por minuto), distress respiratorio (frecuencia respiratoria  $>25$ /minuto; saturación de oxígeno  $<90\%$ ) o signos de hipoperfusión tisular con parámetros de alteración del metabolismo celular (incremento del lactato  $>2.0$  mmol/L; saturación venosa central de oxígeno  $<60\%$ ; alteración del estado mental; piel fría y húmeda; oliguria  $<0.5$  mililitros/kilogramos/hora). (Morejon, Enero, 2017)

Poniendo a consideración lo siguiente, esta es la forma de actuar de manera inmediata. Debemos actuar de manera inmediata, considerando los siguientes puntos:

- Optimizar la oxigenación: Nuestro objetivo es una saturación periférica de oxígeno  $>95\%$ . El uso de ventilación mecánica no invasiva puede ser necesario.

- Optimización de la precarga: Mediante el uso de líquidos y o diuréticos, acorde a la presentación clínica.
- Buscar la estabilidad hemodinámica con inotrópicos y/o vasopresores: Estudios experimentales sugieren resultados menos favorables con las catecolaminas como la dobutamina. Levosimendan es el inotrópico recomendado, este no incrementa el consumo de oxígeno. El uso de adrenalina debe ser evitado.
- De ser necesario adelantar el parto: Se recomienda la finalización del embarazo por cesárea con analgesia espinal y epidural.
- Considerar el inicio de bromocriptina (2.5 miligramos cada 12 horas por dos semanas seguido de 2.5 miligramos día por seis semanas): Estudios pequeños han demostrado su posible beneficio. Se han descrito eventos trombo embólicos durante su administración; por lo que se debe considerar al menos anticoagulación profiláctica con heparina.
- Se recomienda la anticoagulación en caso de disfunción severa del ventrículo izquierdo (Fracción de Eyección  $\leq 35\%$ ).
- Considerar la derivación a un centro de mayor complejidad y experiencia. (Morejon, Enero, 2017)

## SINDROME DE HELLP

Es una complicación entorno a los trastornos hipertensivos del embarazo en usuarios con preeclampsia grave ya que poseen características semejantes e hipertensión gestacional que puede ocurrir en el embarazo o en el puerperio. (Herold, 2018)

## MANIFESTACIONES CLINICAS

- dolor en cuadrante superior derecho (86%),
- alteraciones visuales o manifestaciones hemorrágicas
- edema periférico con hipertensión
- proteinuria.

- náuseas
- vómito
- malestar general
- ictericia
- cefalea
- dolor en hombro derecho (Herold, 2018)

La mayor parte de las usuarias llegan a presentar el síndrome entre la semana 27-38 de gestación, llegándose a observar en la etapa del puerperio hasta 7 días después. (Herold, 2018)

## EPIDEMIOLOGÍA

El síndrome HELLP afecta a embarazos entre el 0,1% al 0,9%, del 10% al 20% a embarazos con preeclampsia grave y en un 50% los casos de eclampsia, descubriendo entre 1 a 24% en la madre y 7 a 34% en el feto. (Bracamonte-Peniche Jimena, 2018)

## FISIOPATOLOGÍA

La teoría más aceptada en los últimos años es la implantación insuficiente de las células del citotrofoblasto, que se infiltran en la porción decidual de las arterias espirales, pero no llegan a penetrar su segmento miometrial. Por lo tanto, las arterias espirales no se logran transformar en canales vasculares de gran capacidad, sino que se mantienen estrechas, lo que da como consecuencia una disminución en el flujo placentario. y da como resultado una alta velocidad de perfusión en el espacio intervelloso, lo que genera estrés de cizallamiento en el trofoblasto. (Bracamonte-Peniche Jimena, 2018)

## COMPLICACIONES NEONATALES

Entre las principales están el crecimiento intrauterino retardado (30%), hipoglicemia (19%), bajo peso al nacer (51%), hiperbilirrubinemia, depresión neonatal (32%), asfixia perinatal, hipoglicemia, trombocitopenia neonatal y muerte.

## COMPLICACIONES MATERNAS

ascitis severa, edema pulmonar, derrame pleural, edema cerebral, hematoma subcapsular hepático, Pueden presentar coagulación intravascular diseminada, desprendimiento prematuro de placenta e insuficiencia renal aguda. (Herold, 2018)

## TRATAMIENTO

La realización del parto dentro de las 24 horas es el tratamiento definitivo en casos severos acelerando la maduración del pulmón fetal administrando corticoesteroides. Es indispensable el uso de antihipertensivos como la hidralazina para que haya un control inmediato y labetalol o nifedipina para mantener la presión arterial corto o largo plazo, la administración de sulfato de magnesio reduce la resistencia vascular sistémica, reduce el edema cerebral y evita la crisis convulsiva. (Bracamonte-Peniche Jimena, 2018)

## SEPSIS

Es la Disfunción de órganos producida por una respuesta no prevista del huésped a la infección, Mortalidad 10 %. (Aguilera, 2017)

## SHOCK SEPTICO

Es Sepsis e hipotensión arterial que requiere de vasopresores para

salvaguardar la tensión arterial media  $\geq 65$  mmHg más lactato sérico  $> 2$  mmol/L (18 miligramos/decilitro) + adecuada reposición de volumen, Mortalidad más 40 %. (Aguilera, 2017)

## SHOCK SEPTICO EN EL EMBARAZO

Conocida como la sepsis con hipotensión que a pesar de la reanimación adecuada con líquidos requiere terapia aminérgica. A más de existir alteraciones en la perfusión sistémica que pueden contener acidosis láctica, oliguria, alteración del estado mental y finalmente lesión pulmonar aguda. (Rodríguez-Chávez, 2016)

La sepsis materna es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna. En donde datos nuevos de los Estados Unidos anuncian que la sepsis materna alcanza a complicar de 4 a 10 por 10,000 nacidos vivos y la incidencia parece estar aumentando. En Estados Unidos las tasas de sepsis materna severa y las muertes relacionadas con sepsis aumentaron en un 10% por año. La nuliparidad, raza negra y los seguros públicos o no públicos se han identificado como factores de riesgo para sepsis asociada al embarazo. Los factores de riesgo obstétrico incluyen parto por cesárea, uso de tecnologías de reproducción asistida y gestación múltiple. (Lauren A. Plante, 2019)

Sin embargo cabe recalcar que más del 50% de las mujeres que mueren de sepsis tienen una o más afecciones comórbidas crónicas, incluyendo enfermedad renal crónica, enfermedad hepática crónica e insuficiencia cardíaca congestiva (Lauren A. Plante, 2019)

Además, el ingreso más común a la Unidad Cuidados Intensivos de ginecología y obstetricia son las infecciones del tracto urinario a menudo causadas por *Escherichia coli* y *Staphylococcus aureus*. Uno de los factores de riesgo más comunes por los cuales las madres gestantes contraen una infección es el parto prematuro, seguido de la rotura de membranas y fiebre intraparto.



(González, 2019)

## FISIOPATOLOGIA

La sepsis resulta de una respuesta del huésped desregulada a la infección que resulta en daño a los órganos, y virtualmente cualquier sistema de órganos puede ser afectado.

También la miocardiopatía séptica puede manifestarse con disfunción diastólica debido a edema cardíaco (propiedad de sufrir deformación elástica o cambio de volumen cuando es sometido a una fuerza) disminuida. De manera que el ventrículo izquierdo sufrirá un menor llenado diastólico y menor volumen de movimiento, incrementando el riesgo de edema pulmonar. La isquemia tisular y su disfunción son resultado no solo de la hipotensión, sino también subsiguientes a la obstrucción de la microvasculatura por microtrombos debido a coagulación intravascular diseminada. (Lauren A. Plante, 2019)

## ETIOLOGIA

La fuente de infección en la sepsis puerperal puede ser pelviana o no pelviana. Existen casos de sepsis anteparto que son más comúnmente no pelvianas en su inicio, mientras que los casos intraparto y posparto son más vulnerables a tener una fuente pelviana. En el 30% de los casos, no se identifica ninguna fuente. En el sistema de vigilancia obstétrica, las pruebas de laboratorio clínico pueden identificar el microorganismo causante sólo en el 64% de los casos de sepsis materna, y la clínica puede identificar la fuente en solo el 74%. En el 16%, ni el organismo desencadenante ni la fuente de sepsis suelen ser identificados. Los organismos más frecuentemente aislados en la sepsis materna son *Escherichia coli* y estreptococos del grupo A y del grupo B, aunque también fueron reportados estafilococos, bacterias gramnegativas y anaeróbicas, y algunos otros organismos. También son posibles infecciones mixtas; en 15% de las muertes maternas por sepsis en las cuales se pudieron identificar microorganismos, la infección fue polimicrobiana. La elección de antibióticos empíricos será escogida en base a la supuesta fuente, microorganismos probables y patrones locales de resistencia a los antibióticos y debe incluir

cobertura de anaerobios y aerobios grampositivos y bacterias Gram-negativas. Los hospitales logran tener recomendaciones definidas y se puede solicitar orientación a un consultor en enfermedades infecciosas o pautas de la sociedad especializada. La cobertura de antibióticos debe disminuirse y enfocarse una vez que los resultados de los cultivos estén disponibles. Las técnicas moleculares, como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) basadas en sistemas, pueden identificar microorganismos no detectados por cultivos basados en otros métodos y pueden proporcionar la identificación de patógenos a partir de muestras de sangre antes de que los cultivos se vuelvan positivos. Los resultados de las pruebas de PCR son positivos en aproximadamente el 11% de los pacientes con sospecha clínica de bacteriemia con hemocultivos negativos. (Lauren A. Plante, 2019)

## CAUSAS OBSTÉTRICAS

- Infección intraamniótica
- Corioamnionitis
- aborto séptico
- procedimiento invasivo para diagnóstico prenatal
- endometritis postparto
- infección de sitio quirúrgico
- fascitis necrotizante
- mastitis. (Rodríguez-Chávez, 2016)

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Variables generales: temperatura  $>38^{\circ}\text{C}$  o 90 latidos por minuto, taquipnea, alteración del estado de alerta, balance positivo  $>20\text{mililitro/kilogramo}/24\text{hrs}$ , hiperglucemia  $>140\text{miligramos/decilitro}$ .

Variables de disfunción orgánica: hipoxemia arterial índice de oxigenación  $< 300$  oliguria aguda  $< 0.5\text{mililitro/miligramos/hora}$  Tiempo de Protrombina  $> 1,5$  o Tiempo Parcial de Tromboplastina  $>60$  segundos, trombopenia  $4\text{miligramos/decilitro}$ .

Variables hemodinámicas: Taquicardia Auricular Multifocal < 3.5, disminución de resistencias vasculares sistémicas. Variables de perfusión: Saturación venosa mixta de oxígeno 1mmol (>2mmol= choque séptico en el escenario de obstetricia.) (Rodríguez-Chávez, 2016)

## TRATAMIENTO

El tratamiento para el choque séptico es:

- Reconocimiento precoz del cuadro séptico
- Soporte vital oportuno y adecuado
- Drenaje del foco séptico de ser factible
- Tratamiento antibiótico efectivo.

Terapia temprana dirigida por metas:

- Hemocultivos antes de la administración de antibióticos,
- Medir los niveles de lactato en suero,
- Los antibióticos de amplio espectro comenzaron dentro de 1 hora
- La colocación de venoso central y catéter arterial
- 500ml de cristaloides cada 30 minutos para lograr una presión venosa central de 8-12 mm de Hg
- Presión arterial media (Rodríguez-Chávez, 2016)

## USO DE ANTIBIOTICOS

Cuando hay diagnóstico de choque séptico, se debe garantizar una terapia de amplio espectro donde el organismo causante sea identificado al igual que su sensibilidad.

La ventilación mecánica en la sepsis formula tres recomendaciones:

- emplear un volumen corriente de 4 a 6 mililitro/kilogramo de peso;
- que las presiones mesetas o llamadas plateau tengan un límite superior en un pulmón inflamado pasivamente; y la presión positiva al final de la espiración se debe utilizar para evitar el colapso alveolar al finalizar la espiración. (González, 2019)

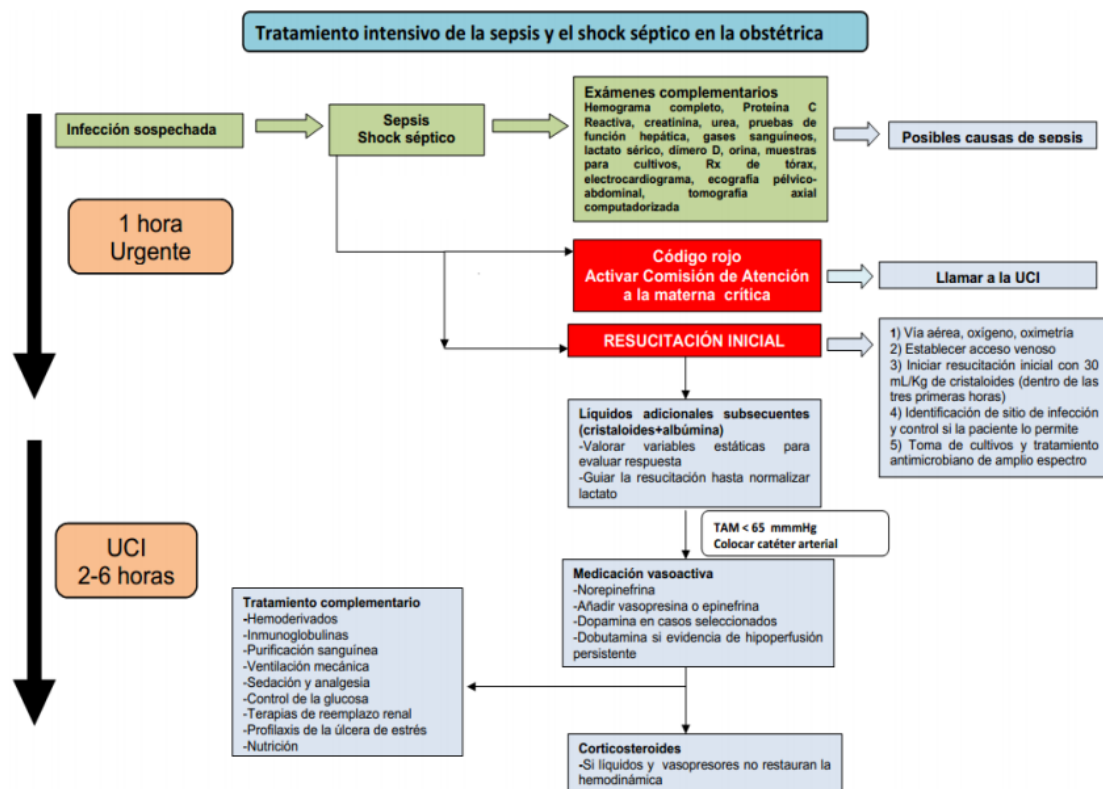


Grafico 1. Tratamiento intensivo de la Sepsis y Shock Séptico (Aguilera, 2017)

## PREVENCIÓN

**Prevención primaria:** Al llegar la paciente a consulta de control prenatal: identificar a pacientes con riesgo de infección, inmunizaciones oportunas y actualizadas al escenario epidemiológico, tamizaje a infección de vías urinarias.

**Prevención secundaria:** Verificar que el tratamiento sea precoz y apropiado de los procesos infecciosos.

Prevención terciaria: Ya sea en Sepsis o choque séptico principio básico: tratar a la madre y monitorizar al feto, control de la causa, reanimación inicial basada en metas, prevención de infecciones secundarias y complicaciones. (Rodríguez-Chávez, 2016)

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA ÉSTAS PATOLOGIAS

- Colocar a la paciente en posición semifowler con la finalidad de reducir el trabajo respiratorio.
- Monitorear y registrar los signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria) cada hora.
- Valorar continuamente la saturación de oxígeno mediante el saturado.
- Evaluar y mantener el funcionamiento adecuado del equipo durante la ventilación mecánica.
- Mantener vía venosa permeable para la administración de medicación correspondiente.
- Mantener vía central permeable para la administración de la terapia establecida por el médico.
- Administrar plan de hidratación prescrito por médico
- Administrar terapia farmacológica prescrita por el médico
- Vigilar la respuesta de la terapia farmacológica administrada
- Mantener y registrar el control de balance hidroelectrolítico
- Vigilar las condiciones hemodinámicas de la paciente
- Vigilar y comunicar novedades de la paciente
- Desarrollar una relación de confianza entre enfermera y familiar de la paciente, respondiendo a preocupaciones e inquietudes.
- Respetar valores y creencias religiosas
- Facilitar la presencia de las personas importantes en la vida de la paciente.

## **1.1 Justificación**

El presente Proceso de Atención de Enfermería se realizó con la finalidad de brindar una atención oportuna con la mayor responsabilidad y calidad humana al paciente. Mediante la valoración se nos permite conocer, observar e identificar las necesidades o problemas que necesiten una solución a través de la elaboración de diagnósticos de enfermería e intervenciones apropiadas que me permitan aplicar cuidados al paciente de manera íntegra y eficaz ayudando alcanzar su máximo potencial de salud.

La miocardiopatía periparto es una patología que se dan en 1 de 4000 mujeres puérperas que llegan a tener severas complicaciones como el shock séptico llegando a causar graves complicaciones incluyendo la muerte materna.

El interés por llevar a cabo este estudio de caso clínico es para erradicar las muertes maternas en nuestro país con la atención oportuna de todo el personal de salud aplicando los conocimientos científicos - prácticos adquiridos durante nuestra formación, siendo eficientes y centrándonos específicamente en el tratamiento y rehabilitación de manera que la paciente tenga una recuperación satisfactoria.

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo General**

Elaboración del Proceso de Atención de Enfermería a paciente de 16 años con Miocardiopatía periparto y shock séptico, hospitalizada en el área de Unidad de Cuidados intensivos.

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

- Recolectar datos que faciliten el desarrollo del Proceso de atención de enfermería mediante una entrevista con el familiar de la paciente.
- Identificar los patrones disfuncionales a través de la valoración y el examen físico que permitirá realizar de manera eficiente y eficaz los cuidados de enfermería.
- Aplicar el Proceso de atención de enfermería para mejorar la vida de la paciente y de esta manera evitar riesgos y complicaciones.

### **1.3 Datos Generales**

**NOMBRE Y APELLIDO:** NN

**EDAD:** 16 años

**SEXO:** Femenino

**ESTADO CIVIL:** Soltera

**N° HIJOS:** 1

**ESTUDIOS:** Bachiller

**NIVEL DE ESTUDIOS:** SECUNDARIA

**NIVEL SOCIOECONOMICO:** ESCASOS RECURSOS

**GRUPO SANGUINEO:** O Positivo

**LUGAR DE PROCEDENCIA:** Echeandia

**RESIDENCIA ACTUAL:** Guaranda - Echeandia – Sector Oronquillo.



## II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

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

Paciente de sexo femenino de 16 años de edad, con 35 semanas de gestación acudió al Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda por presentar malestar general, cefalea intensa, náuseas, vomito, dolor en el cuadrante superior derecho, ruptura prematura de membrana e hipertensión de 160/100mmHg, médico refiere gestante con anemia donde procedieron a realizar el parto donde se obtuvo un neonato de sexo femenino de bajo peso (1600 gramos) y con hiperbilirrubinemia es ingresada en condiciones clínica de inestables a la unidad de cuidados intensivos neonatales del hospital universitario de Guayaquil. . A los tres días de la etapa del puerperio la paciente es trasladada por emergencia con código rojo al Hospital Universitario de Guayaquil, por presentar Fatiga, Disnea, Hemoptisis, hemorragia transvaginal, edema periférico y palpitations, paciente llega inconsciente, en condiciones clínicas inestables, con signos vitales T°38.7, T.A.: 80/60mmHg, FC: 140por minuto, FR: 26 por minuto, SAO2: 85%, es inmediatamente trasladada al área de Unidad de Cuidados Intensivos Materno, paciente hemodinámicamente inestable, inconsciente, con palidez cutánea, ruidos cardiacos rítmicos irregulares, paciente entubada recibiendo oxígeno por ventilación mecánica, abdomen levemente distendido útero tónico a nivel infraumbilical, loquios moderados, eliminando diuresis por catéter vesical, con vía central y vía periférica permeable pasando una unidad de concentrados de glóbulos rojos.

En la valoración del médico de la Unidad de Cuidados Intensivos junto a los resultados de los exámenes de laboratorio Diagnostica Miocardiopatía periparto y shock Séptico.

**ANTECEDENTES PERSONALES:** No presenta ninguna novedad.

**ANTECEDENTES FAMILIARES:** Padre hipertenso.

## **2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)**

Paciente de sexo femenino de 16 años hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos se encuentra sedada en condiciones clínicas inestables cursando 5 días con Diagnóstico de Miocardiopatía periparto y shock séptico, con signos vitales alterados, recibiendo oxígeno con apoyo de ventilación mecánica, loquios escasos por Ecocardiografía medico refiere: miocardiopatía dilatada en ventrículo y aurícula izquierda, campos pulmonares hipoventilados, al momento se coloca sonda nasogástrica para alimentación enteral con glucerna según prescripción médica, se encuentra eliminando diuresis por catéter vesical y en la valoración por Cardiología medico refiere sospecha de trombosis de las coronarias por lo que se mantiene con dosis bajas de espironolactona para manejo de efecto de remodelación cardiaca y prescribe:

### **Plan de Hidratación y medicación:**

solución salina 0.9% 1000mililitros

Meropenem 2g ampolla. IV cada 8 horas

Colistina 100mg ampolla IV cada 8 horas

Paracetamol 1g ampolla. IV por razón necesaria

Aminoácidos15% 500ml IV a 21ml/hora

Enoxaparina 40mg ampolla. Subcutánea cada 12 horas

Espironolactona 12,5mg comp. Por sonda nasogástrica cada 8 horas

### **SIGNOS VITALES**

**P.A:** 85/60mmHg

**FR:** 20 por minuto

**FC:** 135 por minuto

**TEMP.:** 37,5°C

**SATURACION DE OXIGENO:** 97% en ventilación mecánica

## **FÁRMACOS**

- Espironolactona 12,5mg comp. Por sonda nasogástrica cada 8 horas

### **Indicaciones**

- Edema.
- Hipertensión esencial.
- Ascitis.

### **Contraindicaciones**

Espironolactona está contraindicada en estos casos:

- Anuria.
- Insuficiencia renal aguda.
- Deterioro rápido de la función renal.
- Aclaramiento de creatinina sérica mayor de 2,5 mg/dL.
- Potasio sérico mayor de 5,5 mEq/L.

Debe utilizarse con precaución durante el embarazo y en pacientes con deterioro de la función renal o enfermedad hepática. Los suplementos de potasio deberían administrarse sólo a pacientes con hipokalemia demostrada que están tomando un diurético que actúa a nivel proximal y un corticoesteroide concurrentemente con espironolactona o sólo durante muy cortos períodos de tiempo en el tratamiento de cirrosis y ascitis.

Las cantidades de espironolactona y sus metabolitos en la leche materna parece que no tienen consecuencias para el lactante.

- Meropenem 2g ampolla. IV cada 8 horas

### **Indicaciones**

Administrar por perfusión IV durante 15 a 30 minutos o mediante bolus IV de 5 min para dosis de hasta 20 mg/kg.

### **Contraindicaciones**

Hipersensibilidad a carbapenémicos e hipersensibilidad grave a  $\beta$ -lactámicos.

- Solución Salina al 0,9% 1000miligramos/hora intravenosa cada 12 horas

### **Indicaciones**

El CLORURO DE SODIO es la sal principal usada para producir iones de sodio. La sal de sodio se usa principalmente como iones de sodio al igual que el acetato, bicarbonato, citrato y lactato.

Las sales de fosfato de sodio están enfocadas a proporcionar fosfatos. El CLORURO DE SODIO cuando se administra en volúmenes pequeños inyectable se usa como diluyente de fármacos

### **Contraindicaciones**

Pacientes con hipercloremia, hipernatremia, hipertensión tanto arterial como intracraneal se deberá vigilar cuidadosamente el aporte de sodio en el paciente cardiópata, insuficiencia renal crónica, etc.

### **Indicaciones**

- Colistina 100mg ampolla IV cada 8 horas

IV, intratecal, intraventricular: en adultos. y niños, incluidos los neonatos, para el tratamiento de infecciones graves causadas por determinados patógenos aerobios Gram - en pacientes con opciones de tratamiento limitadas.

Inhalatoria: en adultos. y pacientes pediátricos para el tratamiento de infecciones pulmonares crónicas causadas P. aeruginosa, en pacientes con fibrosis quística.

### **Contraindicaciones**

Hipersensibilidad al producto u a otras polimixinas.

- Paracetamol 1g ampolla. IV por razón necesaria

## **Indicaciones**

es un analgésico y antipirético eficaz para el control del dolor leve o moderado causado por afecciones articulares, otalgias, cefaleas, dolor odontogénico, neuralgias, procedimientos quirúrgicos menores etc. También es eficaz para el tratamiento de la fiebre, como la originada por infecciones virales, la fiebre post vacunación, etcétera.

## **Contraindicaciones**

Hipersensibilidad.

Debido a que se metaboliza en el hígado, se debe administrar con precaución en pacientes con daño hepático, al igual que en aquellos que están recibiendo medicamentos hepatotóxicos o que tienen nefropatía.

PARACETAMOL tampoco se debe administrar por periodos prolongados ni en mujeres embarazadas.

La ingestión de 3 o más bebidas alcohólicas por periodos prolongados, puede aumentar el riesgo de daño hepático o sangrado del tubo digestivo asociado al uso de PARACETAMOL, por lo que se deben considerar estas condiciones al prescribir el medicamento.

- Aminoácidos 15% 500ml IV a 21ml/hora

## **Indicaciones**

- Enoxaparina 40mg ampolla. Subcutánea cada 12 horas

## **Indicaciones**

- Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y embolismo pulmonar (EP), excluyendo el EP que probablemente requiera tratamiento trombolítico o cirugía.
- Prevención de la formación de coágulos en el circuito de circulación extracorpórea durante la hemodiálisis.
- En síndrome coronario agudo para el tratamiento de la angina inestable e infarto de miocardio sin elevación del segmento ST (IAMSEST), en combinación con AAS por vía oral y para el tratamiento del infarto agudo de miocardio con

elevación del segmento ST (IAMCEST) incluyendo pacientes que van a ser tratados farmacológicamente o sometidos a una posterior intervención coronaria percutánea (ICP).

### **Contraindicaciones**

Hipersensibilidad al principio activo, heparina o derivados incluyendo HBPM; antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (TIH) mediada inmunológicamente en los últimos 100 días o en presencia de anticuerpos circulantes; sangrado activo clínicamente significativo y enfermedades de alto riesgo de hemorragia, incluyendo ictus hemorrágico reciente, úlcera gastrointestinal, presencia de neoplasias malignas con riesgo alto de sangrado, cirugía cerebral, espinal u oftalmológica recientes, sospecha o varices esofágicas confirmadas y malformaciones

## **2.3 Examen físico**

**Cabeza:** Normocefalo

**Ojos:** aparentemente simétricos (paciente se encuentra sedada).

**Oídos:** Libre de secreciones.

**Nariz:** Tabique nasal simétrico, con presencia sonda nasogástrica eliminando secreciones gástricas.

**Boca:** Labios simétricos, deshidratados, lengua seca saburral.

**Cuello:** Simétrico.

**Piel:** turgente y sin presencia de lesiones en algunas zonas.

**Tórax:** Simétrico.

**Abdomen:** Blando blando depresible a la palpación.

**Genitales:** loquios escasos.

**Extremidades superiores:** Simetría, Presencia de vía endovenosa en extremidad superior derecha.

**Extremidades inferiores:** presencia de edema periférico.

## **Patrones Funcionales**

- **Patrón Promoción de la Salud**

Madre de la paciente refiere que solo realizó un control durante el embarazo, inclusive mayormente en el último trimestre del embarazo se notaba enferma, no se cuidaba en la alimentación y ahora las consecuencias, ahora ella se encuentra en espera de que su nieta pueda salir de la unidad de cuidados intensivos neonatales y recuperarse ya que los médicos no le dan un buen pronóstico ni para el neonato ni su madre. Sin embargo, el personal de enfermería le brinda los cuidados al momento de ingesta en la alimentación enteral, parenteral y de higiene.

- **Patrón Nutricional – Metabólico**

Se evidencia paciente con piel turgente, facies pálidas y mucosas semihúmedas, mediante la sonda nasogástrica recibe nutrición enteral 500mg +6 medidas de glucerna y Nutrición parenteral con el plan de hidratación que se utiliza cloruro de Sodio 0.9% 1000ml. La temperatura corporal se encuentra en 37.5°C con mucosas semihúmedas.

- **Patrón de Eliminación**

Se evidencia que la paciente elimina la diuresis con catéter vesical. Orina con poca frecuencia observando distensión abdominal y retención de líquidos en ambas extremidades inferiores, no realiza deposiciones.

- **Patrón de Actividad – Ejercicio**

Se evidencia que la paciente se encuentra con deterioro en sus actividades ya que está sedada con saturación de 97% por ventilación mecánica, en espera de un colchón antiescaras para evitar lesiones. Su Presión arterial es de 85/60mmHg su frecuencia cardiaca de 135 por minuto.

- **Patrón Sueño – Descanso**

Paciente se encuentra encamada y sedada para realizar algún procedimiento que sea requerido.

- **Patrón Cognitivo – Perceptivo**

Se evidencia que la paciente no tiene percepción ni cognición de sí misma debido a la sedación.

- **Patrón de Autopercepción – Auto concepto**

Se mantiene a la paciente limpia, tanto en su vestimenta como en su aseo personal. Ya que depende del personal de enfermería mantenerla así.

- **Patrón de Rol – Relaciones**

Madre de la paciente refiere tiene una buena relación con su hija a pesar de que salió embarazada a muy corta edad, siempre la respetó, la ayudó y nunca la dejó sola.

- **Patrón de Sexualidad – Reproducción**

Madre refiere que la primera menarquia de su hija fue a los 14 años su hija se embarazó de 16 años porque nunca usó métodos anticonceptivos, no ha tenido abortos y solo tuvo una pareja sexual.

- **Patrón de Tolerancia al estrés**

Madre de la paciente se encuentra angustiada viviendo días de incertidumbre y sufrimiento, preocupada al no saber qué tiempo tomará volver a ver a su hija y su nieta vivas y sanas, se siente con temor de que llegase a pasar algo con una de ellas ya que los médicos no le dan muchas esperanzas de vida.

- **Patrón de Valores – Creencias**

Madre de la paciente es de creencia evangélica y se aferra a Dios quien es el único que tiene la última palabra para la vida de su hija y su nieta y espera que en él se haga su voluntad.



## **2.4 Información de exámenes complementarios realizados**

**Se realizó una prueba de hemocultivo seriado.**

**Ecocardiografía.** Impresiona como miocardiopatía dilatada de ventrículo y aurícula izquierda, con baja fracción de eyección (21% al ingreso, 35 al momento) que no responde al tratamiento para mejorar la actividad cardíaca

**Estudio hemodinámico de cateterismo cardíaco coronariografía por sospecha de trombosis de las coronarias:** Resultado negativo.

## **2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.**

**Diagnóstico presuntivo:** Miocarditis Aguda, no especificada

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome de Hellp

**Diagnóstico definitivo:** Miocardiopatía periparto + shock séptico

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

A continuación, los patrones funcionales alterados que se encontraron mediante la valoración a la paciente son:

- Patrón Eliminación e intercambio
- Patrón Actividad y Reposo
- Patrón nutricional y metabólico
- Patrón de tolerancia al estrés



**NANDA:** Eliminación e Intercambio  
**NOC:** Salud Fisiológica  
**NIC:** Fisiológico Básico

## DX: Retención Urinaria

**R/C:** Obstrucción del tracto urinario

**E/P:** Distensión vesical, micciones de poca cantidad

M  
E  
T  
A  
S

**Dominio II:** Salud Fisiológica

**Clase F:** Eliminación.

**Etiqueta:** 0503 Eliminación Urinaria

**Campo:** nivel 1 – Fisiológico Básico

**Clase:** B – Control de la eliminación

**Etiqueta:** 0620 Cuidados de la retención urinaria.

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

### ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
patrón de eliminación				X	
cantidad de la orina				x	
Micción frecuente				X	
Retención urinaria				X	

### ACTIVIDADES

- ✓ Monitoreo de signos vitales
- ✓ Monitorear el grado de distensión vesical mediante la palpación y percusión.
- ✓ Retirar e Insertar una nueva sonda vesical
- ✓ Proporcionar tiempo suficiente para el vaciado de la vejiga (10 minutos) observando color y cambios en la diuresis.
- ✓ Estimular el reflejo de la vejiga aplicando frio en el abdomen, frotando la parte interior del muslo o haciendo correr agua.
- ✓ Monitorizar los efectos de fármacos prescritos como antagonistas de calcio y anticolinérgicos.
- ✓ Registrar las entradas y salidas mediante el balance hidroelectrolítico.

**NANDA:** Actividad y Reposo  
**NOC:** Salud Fisiológica  
**NIC:** Fisiológico complejo

## DX: Disminución del gasto cardiaco

**R/C:** alteraciones en la presión arterial

**E/P:** alteración de la frecuencia cardiaca 135 por minuto Presión arterial 85/60mmHg.

M  
E  
T  
A  
S

**Dominio II:** Salud Fisiológica

**Clase E:** Cardiopulmonar

**Etiqueta:** 0421 Severidad del Shock: Séptico

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

**Campo:** nivel 1 - fisiológico complejo

**Clase:** N – Control de la perfusión tisular

**Etiqueta:** 4250 Manejo del Shock

### ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Disminución de TA Sistólica			x		
Disminución de TA Diastólica			x		
Aumento del ritmo cardiaco			X		
Aumento de la frecuencia respiratoria				X	

### ACTIVIDADES

- ✓ Monitorización y registro de signos vitales cada hora
- ✓ Colocar al paciente en posición semifowler para que optimice la perfusión.
- ✓ Vigilar ventilación mecánica
- ✓ Iniciar administración de antibióticos y vigilar respuesta según prescripción médica.
- ✓ Anotar los cambios de la SaO2
- ✓ Monitorizar el estado de hidratación, incluidos el peso diuresis horaria, así como entradas y salidas
- ✓ Toma y registro de glicemia, comunicar en caso de niveles anormales.
- ✓ Ofrecer apoyo emocional al paciente y al familiar.

**NANDA:** Nutrición  
**NOC:** Salud Fisiológica  
**NIC:** Fisiológico complejo

## DX: Exceso de Volumen de Líquidos

**R/C:** Problemas Cardiacos (miocardiopatía-periparto)

**E/P:** Edema en miembros inferiores

M  
E  
T  
A  
S

**Dominio 2:** Salud Fisiológica

**Clase L:** Integridad tisular

**Etiqueta:** 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas

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

**Campo:** nivel 1 – Fisiológico complejo

**Clase:** N – Control de la perfusión tisular

**Etiqueta:** 4066 Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa

### ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
perfusión tisular				X	
pigmentación y temperatura anormal				X	
Pulsos periféricos					X
Lesiones cutáneas					X
Hidratación					X

### ACTIVIDADES

- ✓ Monitoreo y registro de signos vitales
- ✓ Evaluar edemas (color y temperatura) y los pulsos periféricos
- ✓ Elevar la pierna afectada a 20° por encima del nivel del corazón
- ✓ Realizar cambios posturales mínimo cada 2 horas para evitar lesiones.
- ✓ Mantener una hidratación adecuada para disminuir la viscosidad de la sangre
- ✓ Proteger las extremidades inferiores de lesiones colocando medias
- ✓ Realizar en el paciente ejercicios activos asistidos en rango de movimiento en los miembros inferiores mientras el paciente este encamado.
- ✓ Controlar el estado hídrico incluídas las entradas y salidas.

**NANDA:** Afrontamiento y tolerancia al estrés  
**NOC:** Salud Psicosocial  
**NIC:** Conductual

## DX: Ansiedad

**R/C: Crisis situacional**

**E/P: Angustia, temor, sufrimiento e incertidumbre.**

M  
E  
T  
A  
S

**Dominio 3: Salud Psicosocial**

**Clase M: Bienestar Psicológico**

**Etiqueta: 1201 Esperanza**

### ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Expresión de significado de la vida				X	
Expresión de autocontrol			X		
Expresión de Optimismo			X		
Expresión de confianza				X	

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

**Campo: nivel 1 - Conductual**

**Clase 2: R – Ayuda para el afrontamiento**

**Etiqueta: 5310 Dar esperanza**

### ACTIVIDADES

- ✓ Destacar el mantenimiento de relaciones, como mencionar los nombres de sus seres queridos y expandir su yo espiritual a pesar de que el paciente no responda a estímulos.
- ✓ Evitar disfrazar la verdad al familiar.
- ✓ Ayudar al familiar a identificar las áreas de esperanza en la vida.
- ✓ Explicar a la familia los aspectos positivos de la esperanza, desarrollando temas de conversación que reflejen el amor y la necesidad del paciente.
- ✓ Mostrar esperanza respetando sus creencias.

## **2.7 Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.**

Las intervenciones de enfermería están encaminadas a reestablecer la salud del enfermo mediante los cuidados específicos que necesite el paciente para mejorar su estado de recuperación. Se requiere establecer un plan de cuidados en las pacientes con miocardiopatías periparto y shock séptico que se encuentren en un área crítica y hacer lo posible por mejorar su bienestar de salud y recuperación.

El modelo de Dorothea Orem tiene como objetivo ayudar a individuo enfermo y llevar a cabo acciones para conservar la salud y la vida, es decir recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.

Una base teórica llamada Modelo de suplencia o ayuda constituye un sistema de compensación total, donde el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado por lo que implica una dependencia total asistido por la enfermera que se hace cargo de satisfacer las necesidades del paciente hasta que éste pueda reanudar a su propio cuidado. (Dr.C. Ydalsys Naranjo Hernándezl, 2017)

## **2.8 Seguimiento**

### **Día 1**

Paciente de sexo femenino de 16 años, cursando puerperio mediato de 8 días continua en el área de cuidados intensivos sedada en condiciones clínicas inestables, recibiendo oxígeno por ventilación mecánica, con fracción de eyección de 40%, signos vitales alterados, se alimenta por sonda nasogástrica, se observa distensión abdominal por lo que se procede a retirar y cambiar catéter vesical para eliminar diuresis retenida, con presencia de edema en miembros inferiores, se cuantifica balance hídrico, hidratación parenteral con solución salina 0.9% 1000ml, se administra medicación prescrita por médico tratante.

## **SIGNOS VITALES**

**P.A:** 83/64mmHg

**FR:** 17 por minuto

**FC:** 140 por minuto

**TEMP.:** 36,5°C

**SATURACION DE OXIGENO:** 96% en ventilación mecánica

## **MEDICACIÓN PRESCRITA**

- ✓ Meropenem 2g ampolla. Intravenoso cada 8 horas
- ✓ Colistina 100mg ampolla Intravenoso cada 8 horas
- ✓ Paracetamol 1g ampolla. Intravenoso, Por razón necesaria
- ✓ Aminoácidos15% 500ml Intravenoso a 21ml/hora
- ✓ Enoxaparina 40mg ampolla. Subcutánea cada 12 horas
- ✓ Espironolactona 12,5mg compuesta por Sonda Nasogástrica cada 8 horas

**Laboratorio:** proteinuria de 75 mg/dl, y una urea en sangre de 29 mmol/l.

## **Día 2**

Paciente de sexo femenino de 16 años, cursa puerperio tardío de 12 días continua en el área de cuidados intensivos sedada en condiciones de salud comprometida, se toma muestra sanguínea, se realiza control de glicemia 90mg/dL continua recibiendo oxígeno por ventilación mecánica, con fracción de eyección de 45%, con alimentación por sonda nasogástrica, eliminando diuresis por catéter vesical funcional observando menos distensión vesical, se coloca colchón antiescaras, se cuantifica balance hídrico, con plan de hidratación parenteral, se administra medicación prescrita por médico tratante.

## **SIGNOS VITALES**

**P.A:** 85/67mmHg

**FR:** 16 por minuto

**FC:** 134 por minuto

**TEMP.:** 36°C

**SATURACION DE OXIGENO:** 98% en ventilación mecánica



**Electrocardiograma:** Ritmo sinusal 100x`, conducción AV normal, hemibloqueo izquierdo posterior, mala progresión de R en precordiales, QTc 0,46 seg. y ondas T negativas asimétricas en pared inferior y lateral.

**Ecocardiograma:** Demuestra dilatación de cavidades izquierdas con hipoquinesia global y disfunción sistólica severa de Ventrículo Izquierdo.

### **Día 3**

Paciente de sexo femenino de 16 años, cursa puerperio tardío de 15 días continua en área crítica sedada en condiciones de salud comprometida, se realiza control de glicemia 96mg/dL con oxígeno por ventilación mecánica, con fracción de eyección de 46%, con alimentación por sonda nasogástrica, eliminando diuresis por catéter vesical funcional, se cuantifica balance hídrico, con plan de hidratación parenteral, se administra medicación prescrita por médico tratante.

Se brinda cuidados de enfermería de higiene y confort con cambios posturales cada dos horas.

### **SIGNOS VITALES**

**P.A:** 89/71mmHg

**FR:** 16 por minuto

**FC:** 130 por minuto

**TEMP.:** 36.7°C

**SATURACION DE OXIGENO:** 98% en ventilación mecánica

### **Día 4**

Paciente de sexo femenino de 16 años, cursa puerperio tardío de 20 días continua en área crítica sedada en condiciones de salud comprometida, con glicemia de 99mg/dL con oxígeno por ventilación mecánica, con fracción de eyección de 49%, con alimentación por sonda nasogástrica con glucerna, eliminando diuresis por catéter vesical funcional, se registra balance hídrico, plan de hidratación parenteral con solución salina 0.9% 1000 mililitros, se administra medicación prescrita por médico tratante.

Se brinda cuidados de enfermería de higiene y confort, cambios posturales cada dos horas y apoyo emocional al familiar, ya que se le comunicó que su paciente seguirá vigilada en cuidados intensivos siendo valorada por especialistas hasta que se obtenga una respuesta favorable.

### **SIGNOS VITALES**

**P.A:** 92/70mmHg

**FR:** 17 por minuto

**FC:** 126 por minuto

**TEMP.:** 37°C

**SATURACION DE OXIGENO:** 99% en ventilación mecánica

### **2.9 Observaciones**

En la Unidad de cuidados intensivos se mantiene sedada debido a los procedimientos que se le realizó.

Gracias al tratamiento indicado por el médico y a las intervenciones de enfermería que hacen que seamos más humanos cada día.

## CONCLUSIONES

Luego de la culminación de este estudio de caso, se llegó a la conclusión de que el Proceso de Atención de Enfermería establece herramientas fundamentales en la labor diaria del personal de enfermería, ya que mediante esta metodología de trabajo el personal interactúa con el paciente para obtener los datos necesarios y llegar a la formulación de diagnóstico de enfermería que dan a conocer las necesidades que deben satisfacerse en el paciente. Cabe destacar que para la aplicación de este proceso es necesario mantener un elevado grado de interacción con el familiar, como fue el realizado en este estudio de caso.

Es importante reiterar que la miocardiopatía periparto es una patología poco común que tiene consecuencias mortales para la vida de la madre y el neonato.

Para concluir, cabe destacar que se lograron los objetivos propuestos al iniciar este estudio de caso, y así mismo, los objetivos propuestos al iniciar la realización de los planes de cuidado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- [https://books.google.com.ec/books?id=bGynDAAQBAJ&printsec=copyright&hl=es&source=gbs\\_pub\\_info\\_r#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=bGynDAAQBAJ&printsec=copyright&hl=es&source=gbs_pub_info_r#v=onepage&q&f=false)
- <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2019/mim195t.pdf>
- <https://www.cardioteca.com/insuficiencia-cardiaca-blog/miocardopatias/2331-guias-de-manejo-de-la-miocardiopatia-periparto.html>
- [https://www.wfsahq.org/components/com\\_virtual\\_library/media/d91c2b2a1aaacfcdb06a460e30d5d74-Tut.%20312%20Miocardiopatia%20periparto.pdf](https://www.wfsahq.org/components/com_virtual_library/media/d91c2b2a1aaacfcdb06a460e30d5d74-Tut.%20312%20Miocardiopatia%20periparto.pdf)
- [https://www.wfsahq.org/images/wfsa-documents/Tutorials\\_-\\_English/312\\_Peripartum\\_Cardiomyopathy.pdf](https://www.wfsahq.org/images/wfsa-documents/Tutorials_-_English/312_Peripartum_Cardiomyopathy.pdf)
- <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v42n2/gin09216.pdf>
- [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(19\)30246-7/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(19)30246-7/fulltext)
- [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(19\)30246-7/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(19)30246-7/fulltext)
- <https://pdfs.semanticscholar.org/8340/96d06655572b8f30587e743b13cf168edd10.pdf>
- <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/modelos-y-teorias-enfermeria/12/>
- <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms181c.pdf>
- [https://www.researchgate.net/publication/325023283\\_Caracteristicas\\_clinicas\\_y\\_fisiologicas\\_del\\_sindrome\\_de\\_Hellp](https://www.researchgate.net/publication/325023283_Caracteristicas_clinicas_y_fisiologicas_del_sindrome_de_Hellp)
- [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212017000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009)
- Libros Diagnósticos Enfermeros 2015-2017. NANDA International por Wiley, NIC por Moorhead, Johnson, Mass, Swanson y NOC por Bulechek, Butcher, Wagner.

## ANEXOS



ANEXO 1. Fuente tomada del Paciente



ANEXO 2. Fuente tomada del Paciente