



UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Trabajo de Integración
Curricular previa la obtención del
Grado Académico de
Licenciada en Enfermería

Estudio de Caso:
**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN GESTANTE CON MIOCARDIOPATÍA
SÉPTICA”**

Autora:
Raquel Maricela Carbo Rengifo

Directora de Estudio de Caso:
Lic. Pamela Lourdes Vera Garcia, MSc.

Quevedo - Los Ríos - Ecuador.

2025



DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, **Raquel Maricela Carbo Rengifo**, declaro que la investigación aquí descrita es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

La Universidad Técnica Estatal de Quevedo, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este documento, según lo establecido por la ley de Propiedad Intelectual, por su reglamento y por la normatividad institucional vigente.

Raquel Maricela Carbo Rengifo

C.I: 1250440730



INFORME FAVORABLE DE LA DIRECTORA SOBRE LA CULMINACIÓN DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

La suscrita, **Lic. Pamela Lourdes Vera Garcia, MSc.**, docente de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo, certifica que la estudiante **Raquel Maricela Carbo Rengifo**, realizó el **Estudio de Caso** de grado titulado “**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN GESTANTE CON MIOCARDIOPATÍA SÉPTICA**”, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**, bajo mi dirección, habiendo cumplido con las disposiciones establecidas para el efecto en los Arts. 52, 54, 57 y 59 del Reglamento de la Unidad de Integración Curricular.

Lic. Pamela Lourdes Vera Garcia, MSc.
DIRECTORA DEL ESTUDIO DE CASO



CERTIFICADO DEL REPORTE DE LA HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN DE COINCIDENCIA Y/O PLAGIO ACADÉMICO

La suscrita, **Lic. Pamela Lourdes Vera Garcia, MSc.**, mediante el presente cumpla en presentar a usted, el informe de estudio de caso titulado “**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN GESTANTE CON MIOCARDIOPATÍA SÉPTICA**”, presentado por la estudiante **Raquel Maricela Carbo Rengifo**, egresada de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, que fue revisado bajo mi dirección según resolución del Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud, que se ha desarrollado de acuerdo al Artículo 57 y 59 del Reglamento de la Unidad de Integración Curricular de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo y cumple con el requerimiento de análisis del sistema COMPILATIO el cual avala los niveles de originalidad en un 98% y similitud 2%, del trabajo investigativo. Valido este documento para que la estudiante siga con los trámites pertinentes, de acuerdo como lo establece el Reglamento.

 CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

LISTO TITULACION firmado

2%
Textos sospechosos

2% Similitudes
0 % similitudes entre comillas
0 % entre las fuentes mencionadas
6% Idiomas no reconocidos (Ignorado)

Nombre del documento: LISTO TITULACION firmado.pdf ID del documento: ef8eb7c86602d85073db85963a911ccee4a82fdd Tamaño del documento original: 647,17 kB	Depositante: ANGIE DAYANA VILLAMAR GAVILANES Fecha de depósito: 1/10/2025 Tipo de carga: interface fecha de fin de análisis: 1/10/2025	Número de palabras: 8435 Número de caracteres: 62.815
--	---	--

Lic. Pamela Lourdes Vera Garcia, MSc.
DIRECTORA DEL ESTUDIO DE CASO



**UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

ESTUDIO DE CASO

Título:

**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN GESTANTE CON MIOCARDIOPATÍA
SÉPTICA”**

Presentado al Consejo Directivo de Facultad como requisito previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería.

Aprobado por:

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Lic. Maricela Mariana Diaz Soledispa

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Lic. Vilma Rocío

Quijije Chávez, MSc.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Lic. Gabriela Natalia

Matute Plaza, MSc.

QUEVEDO - LOS RÍOS - ECUADOR

2025

AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente a Dios, por ser mi guía y fortaleza constante en cada paso de este camino académico. Su presencia me dio la paz y la esperanza necesarias en los momentos de mayor incertidumbre y cansancio.

A mi familia, gracias por su amor incondicional, comprensión y por ser mi sostén emocional en los días difíciles. A mis padres, por inculcarme el valor del esfuerzo y la dedicación; a mis hermanos, por ser mi refugio y motivación constante a mis cuñadas y sobrinas que me ven como su inspiración.

A mis docentes, gracias por compartir su conocimiento y por inspirarme con su vocación. A quienes me guiaron con paciencia y compromiso, mi gratitud por formarme como profesional. También agradezco a los tutores y asesores que orientaron este trabajo con responsabilidad y calidez, y a los pacientes y profesionales de salud que me enseñaron desde la práctica lo que significa cuidar con empatía y entrega.

Los días difíciles no me vencieron, me formaron. Me enseñaron a ser fuerte, a levantarme una y otra vez, a creer en mí cuando nadie más lo hacía. Hoy no solo celebro un título, celebro la mujer que me convertí en el proceso: valiente, resiliente, llena de cicatrices que ahora brillan como medallas.

Me prometí no rendirme, y lo cumplí. Estoy aquí, cumpliendo lo que un día soñé entre lágrimas, entre dudas, entre silencios que solo Dios y yo conocemos. A veces, lo más valiente que hacemos es simplemente seguir, y eso hice.

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi refugio en medio de la tormenta, por iluminar mi camino incluso en los momentos más oscuros, y por sostenerme con su amor cuando mis fuerzas parecían agotarse. Cada logro en este proceso lleva impreso su nombre.

A mi familia, que ha sido el corazón de mi lucha, el motivo de cada sacrificio, y el lugar al que siempre regreso con gratitud. Sin su amor incondicional, este camino habría sido mucho más duro. Gracias por ser mi impulso, mi raíz y mi sostén.

A mí misma, por no rendirme cuando todo parecía cuesta arriba, por llorar, caer, levantarme y seguir. Me abrazo con orgullo y ternura, porque cada paso, cada noche de desvelo, cada renuncia valió la pena.

A quienes creyeron en mí cuando yo misma dudaba, gracias por sus palabras de aliento, por tenderme la mano sin condiciones y por recordarme quién soy cuando me sentía perdida. Ustedes fueron mi faro en los días más difíciles.

Y a todas las personas que, de una u otra manera, caminaron conmigo en este proceso con una palabra, un abrazo, un silencio oportuno o simplemente su presencia, gracias por formar parte de este sueño cumplido. Este logro no es solo mío, es de todos los que me acompañaron con amor y fe

RESUMEN

La miocardiopatía séptica es una disfunción cardíaca inducida por sepsis grave o choque séptico, caracterizada por una disminución de la contractilidad miocárdica, reducción del gasto cardíaco y alteración de la perfusión tisular. Esta condición es poco frecuente, pero de alta mortalidad, especialmente en pacientes obstétricas, ya que compromete tanto la vida materna como fetal y requiere un abordaje multidisciplinario urgente. En el presente estudio se analizó el caso de una gestante de 19 años, con 20 semanas de embarazo, que ingresó en estado crítico por miocardiopatía séptica secundaria a pielonefritis bilateral complicada en la cual se tuvo como objetivo, aplicar cuidados de enfermería en gestante con miocardiopatía séptica, mediante el análisis y la aplicación del proceso de atención de enfermería con el fin de la mejora clínica. El abordaje se fundamentó en el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, identificando alteraciones en la respiración, perfusión, eliminación, movilidad, nutrición e hidratación. Se elaboraron planes de cuidado con base en las taxonomías NANDA, NOC y NIC, priorizando diagnósticos como riesgo de disminución del gasto cardíaco, riesgo de aspiración y termorregulación ineficaz. Las intervenciones incluyeron manejo de ventilación mecánica, soporte hemodinámico con vasopresores, control térmico, antibioticoterapia y vigilancia estrecha. Se logró la estabilización materna, recuperación de la función renal y preservación de la viabilidad fetal. Este caso resalta el rol fundamental del personal de enfermería en la atención integral y oportuna de pacientes obstétricas con patologías críticas.

Palabras clave: intervenciones de enfermería, miocardiopatía séptica, taxonomía.

ABSTRACT

Septic cardiomyopathy is a cardiac dysfunction induced by severe sepsis or septic shock, characterized by decreased myocardial contractility, reduced cardiac output, and altered tissue perfusion. This condition is rare but has a high mortality rate, especially in obstetric patients, as it compromises both maternal and fetal life and requires an urgent multidisciplinary approach. This study analyzed the case of a 19-year-old pregnant woman, 20 weeks pregnant, who was admitted in critical condition due to septic cardiomyopathy secondary to complicated bilateral pyelonephritis. The objective was to implement nursing care for pregnant women with septic cardiomyopathy through the analysis and application of the nursing care process, aiming for clinical improvement. The approach was based on Virginia Henderson's 14 needs model, identifying alterations in respiration, perfusion, elimination, mobility, nutrition, and hydration. Care plans were developed based on the NANDA, NOC, and NIC taxonomies, prioritizing diagnoses such as risk of decreased cardiac output, risk of aspiration, and ineffective thermoregulation. Interventions included mechanical ventilation management, hemodynamic support with vasopressors, temperature control, antibiotic therapy, and close monitoring. Maternal stabilization, recovery of renal function, and preservation of fetal viability were achieved. This case highlights the fundamental role of nursing staff in providing comprehensive and timely care to obstetric patients with critical conditions.

Keywords: nursing interventions, septic cardiomyopathy, taxonomy.

TABLA DE CONTENIDO

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	ii
INFORME FAVORABLE DEL DIRECTOR/A SOBRE LA CULMINACIÓN DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR.....	iii
CERTIFICADO DEL REPORTE DE LA HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN DE COINCIDENCIA Y/O PLAGIO ACADÉMICO.....	iv
CERTIFICADO DE APROBACIÓN POR TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
DEDICATORIA	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
CÓDIGO DUBLÍN.....	xii
1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	5
2.1. Objetivo General.....	5
2.2. Objetivos Específicos.....	5
3. DESCRIPCIÓN DEL CASO EN ESTUDIO.....	6
3.1 Historia clínica	6
3.2 Valoración Integral de enfermería	10
3.3 Plan de cuidados de enfermería	14
3.4. Evaluación	17
4. DISCUSIÓN DEL CASO EN ESTUDIO.....	19
5. CONCLUSIONES.....	21
6. BIBLIOGRAFÍA	22
7. ANEXOS.....	25

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Primer plan de cuidados de enfermería

Tabla 2. Segundo plan de cuidados de enfermería

Tabla 3. Tercer plan de cuidados de enfermería

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Signos vitales emergencia

Anexo 2. Resultados de laboratorio

Anexo 3. Evidencia radiografías tórax y renal

Anexo 4. Signos vitales unidad de cuidados intensivos

Anexo 5. Evidencia fotográfica toma de signos vitales

CÓDIGO DUBLÍN

Título:	“CUIDADOS DE ENFERMERÍA, EN GESTANTE CON MIOCARDIOPATÍA SÉPTICA”		
Autor:	Raquel Maricela Carbo Rengifo		
Palabras claves:	intervenciones de enfermería	miocardiopatía séptica	taxonomía
Fecha de publicación:			
Editorial:	Quevedo UTEQ, 2025		
Resumen:	<p>La miocardiopatía séptica es una disfunción cardíaca inducida por sepsis grave o choque séptico, caracterizada por una disminución de la contractilidad miocárdica, reducción del gasto cardíaco y alteración de la perfusión tisular. Esta condición es poco frecuente, pero de alta mortalidad, especialmente en pacientes obstétricas, ya que compromete tanto la vida materna como fetal y requiere un abordaje multidisciplinario urgente. En el presente estudio se analizó el caso de una gestante adolescente de 19 años, con 20 semanas de embarazo, que ingresó en estado crítico por miocardiopatía séptica secundaria a pielonefritis bilateral complicada en la cual se tuvo como objetivo, aplicar cuidados de enfermería en gestante con miocardiopatía séptica, mediante el análisis y la aplicación del proceso de atención de enfermería con el fin de la mejora clínica. El abordaje se fundamentó en el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, identificando alteraciones en la respiración, perfusión, eliminación, movilidad, nutrición e hidratación. Se elaboraron planes de cuidado con base en las taxonomías NANDA, NOC y NIC, priorizando diagnósticos como riesgo de disminución del gasto cardíaco, riesgo de aspiración y termorregulación ineficaz. Las intervenciones incluyeron manejo de ventilación mecánica, soporte hemodinámico con vasopresores, control térmico, antibioticoterapia y vigilancia estrecha. Se logró la estabilización materna, recuperación de la función renal y preservación de la viabilidad fetal. Este caso resalta el rol fundamental del personal de enfermería en la atención integral y oportuna de pacientes obstétricas con patologías críticas.</p>		
Abstract:	<p>Septic cardiomyopathy is a cardiac dysfunction induced by severe sepsis or septic shock, characterized by decreased myocardial contractility, reduced cardiac output, and altered tissue perfusion. This condition is rare but has a high mortality rate, especially in obstetric patients, as it compromises both maternal and fetal life and requires an urgent multidisciplinary approach. This study analyzed the case of a 19-year-old pregnant women, 20 weeks pregnant, who was admitted in critical condition due to septic cardiomyopathy secondary to complicated bilateral pyelonephritis. The objective was to implement nursing care for pregnant women with septic cardiomyopathy through the analysis and application of the nursing care process, aiming for clinical improvement. The approach was based on Virginia Henderson's 14 needs model, identifying alterations in respiration, perfusion, elimination, mobility, nutrition, and hydration. Care plans were developed based on the NANDA, NOC, and NIC taxonomies, prioritizing diagnoses such as risk of decreased cardiac output, risk of aspiration, and ineffective thermoregulation. Interventions included mechanical ventilation management, hemodynamic support with vasopressors, temperature control, antibiotic therapy, and close monitoring. Maternal stabilization, recovery of renal function, and preservation of fetal viability were achieved. This case highlights the fundamental role of nursing staff in providing comprehensive and timely care to obstetric patients with critical conditions.</p>		
Descripción:	42 hojas: dimensiones, 29 x 21 cm + CD-ROM 6162		
URL:			

1. INTRODUCCIÓN

La miocardiopatía séptica es una disfunción del músculo cardíaco, o miocardio, que ocurre como resultado de la sepsis grave o choque séptico. Se caracteriza por una reducción de la capacidad de bombeo del corazón, a menudo acompañada de dilatación del ventrículo izquierdo y disminución de la fracción de eyección. Es una complicación grave de la sepsis y está asociada con un aumento de la mortalidad (1,2). La miocardiopatía séptica, una complicación rara pero severa, representa un reto importante en pacientes gestantes, especialmente en adolescentes, debido a su impacto hemodinámico y en el pronóstico materno-fetal (3).

El manejo de estos casos es complejo debido a la necesidad de un enfoque multidisciplinario que integre intervenciones obstétricas, urológicas y críticas, así como una monitorización continua para preservar tanto la salud materna como el desarrollo fetal. La identificación temprana de complicaciones, como el deterioro hemodinámico o la insuficiencia respiratoria, permite a los profesionales de enfermería implementar estrategias oportunas basadas en evidencia científica (4,5).

El personal de enfermería tiene un rol crucial en la aplicación de cuidados específicos, que incluyen la monitorización hemodinámica, la administración de medicamentos vasopresores y el manejo respiratorio mediante técnicas de oxigenoterapia o ventilación mecánica (6). Asimismo, la evaluación del estado renal, mediante la revisión constante de diuresis y parámetros bioquímicos, es fundamental para ajustar el plan terapéutico y evitar progresión a insuficiencia renal severa (7,8).

La falta de protocolos específicos en algunos entornos de atención resalta la necesidad de diseñar y aplicar guías clínicas para optimizar la calidad del cuidado. Estas guías deben incluir la utilización de herramientas como la ecocardiografía a la cabecera, que permite evaluar la función cardíaca de manera no invasiva, y la aplicación de medidas de soporte multidisciplinario (9).

Adicionalmente, el abordaje integral de enfermería incluye el apoyo emocional tanto a la paciente como a su familia. La comunicación efectiva es esencial para brindar

información clara sobre las intervenciones, el estado crítico del paciente y el pronóstico esperado, lo que fortalece la confianza en el equipo de salud (10).

A nivel mundial se reportan más de 18 millones de casos de sepsis, la cual afecta a todos los grupos de edad, con mayor susceptibilidad en las personas en los extremos de la vida. Dentro del amplio debate sobre la definición de la cardiomiopatía inducida por sepsis se evidencia la depresión de la contractilidad intrínseca inducida por sepsis el abordaje en el área de urgencias del paciente con miocardiopatía séptica es sumamente importante, ya que su reconocimiento temprano permitirá abordar de manera sistemática y adecuada al paciente, monitorizarlo mediante diferentes técnicas, y hacer uso de la ecocardiografía a la cabecera del paciente (11).

En el contexto latinoamericano, la sepsis durante el embarazo constituye una causa significativa de morbilidad materna, con una incidencia que varía entre el 0.4% y el 0.9% de todos los embarazos (12). Las infecciones del tracto urinario, particularmente la pielonefritis, son la causa más común de sepsis en gestantes, representando aproximadamente el 20-40% de los casos (13). La combinación de cambios fisiológicos propios del embarazo con la respuesta inflamatoria sistémica puede precipitar complicaciones graves como el choque séptico y la disfunción multiorgánica (14).

En Ecuador, estudios recientes han documentado que las complicaciones infecciosas durante el embarazo constituyen la tercera causa de muerte materna, con una tasa de letalidad que oscila entre el 20-40% cuando se desarrolla choque séptico (15). La situación se agrava particularmente en adolescentes gestantes, donde factores como el acceso limitado a servicios de salud, controles prenatales inadecuados y condiciones socioeconómicas desfavorables aumentan el riesgo de complicaciones severas (16).

El manejo de la miocardiopatía séptica en el embarazo representa un desafío clínico significativo que requiere un abordaje multidisciplinario (3). El reconocimiento temprano de esta condición es crucial, ya que permite implementar intervenciones oportunas que pueden mejorar significativamente el pronóstico materno-fetal (17). La literatura actual enfatiza la importancia de la monitorización

hemodinámica continua y el uso de la ecocardiografía a pie de cama como herramientas fundamentales para el seguimiento de estos casos (9).

Las complicaciones asociadas, como el edema agudo de pulmón y el síndrome de distrés respiratorio, requieren estrategias de manejo específicas que deben adaptarse a las características únicas de la paciente gestante (18, 19). La evidencia sugiere que el inicio temprano de antibioticoterapia empírica, el soporte hemodinámico adecuado y la optimización de la función respiratoria son pilares fundamentales del tratamiento (20). Sin embargo, la elección de intervenciones terapéuticas debe balancear cuidadosamente los beneficios maternos con los potenciales riesgos fetales (21).

La literatura más reciente destaca la importancia de implementar protocolos estandarizados de atención y sistemas de alerta temprana, como el score MAMÁ, para identificar oportunamente el deterioro clínico en gestantes con sepsis (22). Estos instrumentos han demostrado mejorar los resultados clínicos cuando se integran en un sistema de respuesta rápida y atención coordinada entre diferentes especialidades médicas (23, 24).

Esta investigación se origina en la complejidad y severidad del caso analizado, en el que la coexistencia de múltiples complicaciones graves en una paciente adolescente gestante representó un desafío considerable para el equipo multidisciplinario de salud, en particular para el personal de enfermería responsable de proporcionar cuidados directos y continuos. La relevancia de este estudio radica en la necesidad de profundizar en el abordaje integral de pacientes con miocardiopatía séptica y otras complicaciones asociadas, con el propósito de fortalecer la práctica clínica y garantizar una atención altamente especializada

La relevancia clínica del caso radica en que el shock séptico durante el embarazo es una condición de alta mortalidad, cuyo abordaje integral permite mejorar la calidad del cuidado enfermero. Además, este estudio contribuye a fortalecer la práctica profesional mediante el desarrollo de competencias específicas, el trabajo multidisciplinario y la aplicación de protocolos basados en evidencia. Desde el enfoque social, resalta la importancia de mejorar el acceso a controles prenatales y reducir la morbimortalidad materna en adolescentes gestantes, mientras que, en

el ámbito educativo, se constituye en una herramienta valiosa para integrar conocimientos teóricos con la práctica clínica, fomentando el pensamiento crítico, la toma de decisiones informadas y el aprendizaje significativo.

En este contexto, la investigación del presente caso cobra especial importancia, considerando que la reducción de la mortalidad materna sigue siendo un desafío urgente en Ecuador y América Latina, y el análisis detallado de situaciones complejas como esta permite generar aprendizajes aplicables a la mejora de la atención y los resultados materno-fetales en escenarios críticos. Este estudio de caso adquiere relevancia desde múltiples dimensiones. En el ámbito clínico, aborda condiciones de alta mortalidad como la miocardiopatía séptica y el shock séptico durante el embarazo, que requieren un manejo especializado y oportuno, permitiendo analizar la complejidad del tratamiento en pacientes con falla multiorgánica, lo cual resulta esencial para optimizar la calidad de los cuidados de enfermería en situaciones similares.

Desde la práctica profesional, contribuye al desarrollo de competencias específicas para el abordaje de pacientes obstétricas críticas, posibilita la implementación de protocolos basados en evidencia y fortalece el trabajo en equipo dentro de contextos multidisciplinarios. En cuanto a su impacto social, resalta la atención a una adolescente gestante, población especialmente vulnerable, subrayando la necesidad de mejorar el acceso a controles prenatales y la detección temprana de complicaciones, factores clave para reducir la morbilidad materna, un indicador esencial de la calidad en salud pública.

Desde la perspectiva educativa, el caso representa una valiosa herramienta de aprendizaje tanto para estudiantes como para profesionales de enfermería, al permitir la integración de conocimientos teóricos con la práctica clínica en escenarios reales de alta complejidad, promoviendo el pensamiento crítico y la toma de decisiones fundamentadas en la evidencia. La investigación de este caso es especialmente importante en el contexto actual donde la reducción de la mortalidad materna sigue siendo un desafío significativo en Ecuador y América Latina. El análisis detallado de casos complejos como este contribuye a mejorar la calidad de atención y los resultados materno-fetales en situaciones críticas.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Aplicar cuidados de enfermería en gestante con miocardiopatía séptica, mediante el análisis y la aplicación del proceso de atención de enfermería con el fin de la mejora clínica.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar las manifestaciones clínicas y alteraciones fisiopatológicas en paciente gestante con miocardiopatía séptica, mediante la valoración integral de enfermería.
- Elaborar planes de cuidados de enfermería basados en la taxonomía NANDA, NOC y NIC orientadas al manejo integral en gestante con miocardiopatía séptica.
- Evaluar la efectividad de las intervenciones de enfermería implementadas en gestante con miocardiopatía séptica.

3. DESCRIPCIÓN DEL CASO EN ESTUDIO

3.1 Historia clínica

Paciente femenina de 19 años, primigesta, con gestación estimada de 20 semanas según control ecográfico, es trasladada en ambulancia a esta unidad hospitalaria y admitida en el servicio de emergencia bajo clave amarilla activada como referencia coordinada. Ingresa con diagnóstico presuntivo de pielonefritis aguda asociada al embarazo, presentando doble acceso venoso periférico canalizado y sonda Foley en funcionamiento, con un registro de diuresis de 800 ml al ingreso.

Durante la anamnesis, la paciente refiere un cuadro clínico de aproximadamente 10 días de evolución, caracterizado por dolor lumbar de predominio bilateral, fiebre subjetiva no cuantificada y síntomas constitucionales como astenia, adinamia y malestar general. En la exploración física inicial se evidencia facies séptica, mucosas ligeramente deshidratadas y dolor a la palpación en las fosas lumbares, sin otros hallazgos relevantes en el examen abdominal.

En relación con sus antecedentes personales, familiares, quirúrgicos y alérgicos, la paciente no reporta datos de interés clínico. En cuanto a la esfera gineco-obstétrica, se documenta embarazo (1), parto (0), aborto (0) y cesárea (0), con controles prenatales realizados en el ámbito privado, aunque con seguimiento limitado y sin registro confiable de la fecha de última menstruación, lo cual dificulta establecer una edad gestacional exacta por método clínico.

Al ingreso, al área de emergencia los signos vitales fueron: presión arterial: 111/64 mmhg, frecuencia cardíaca: 127 latidos por minutos, frecuencia respiratoria: 26 respiraciones por minuto, temperatura corporal: 39.5 °C, saturación de oxígeno (Spo2) 98 % y proteinuria negativa, estado de conciencia alerta. Se realizó el score MAMÁ, con un resultado de 8 puntos. En el examen físico inicial, presentó facies pálidas, álgica, los hallazgos incluyeron sistema cardiopulmonar suficiente y abdomen con útero gestante; la paciente refirió movimientos fetales presentes, se evidenció puño-percusión positiva bilateral en la región lumbar, la región inguinogenital externa se encontraba normoconfigurada, en la especuloscopia se observó leucorrea blanca fétida y, en el tacto vaginal, el cérvix se hallaba posterior,

permeable a un dedo, sin pérdidas transvaginales, se conservó la diuresis a través de la sonda Foley. Las extremidades eran simétricas y sin edema (ver anexo 1).

En los exámenes extrahospitalarios se encontraron los siguientes resultados: leucocitos \equiv 19.62 mil/ μ L, lo cual indica leucocitosis sugestiva de un proceso infeccioso agudo; segmentados \equiv 89.30 %, valor elevado que indicó una desviación a la derecha asociada a infección bacteriana; hemoglobina \equiv 9.50 g/dL y hematocrito \equiv 31.80 %, ambos disminuidos lo que evidenció anemia, en el uroanálisis se reportaron leucocitos \equiv 72–75 por campo lo que confirma infección urinaria severa, así como presencia de bacterias (+++) y filamento mucoso (+), sin cristales observados (ver anexo 2).

El rastreo ecográfico mostró: diámetro biparietal (DBP) 4.59 cm, circunferencia cefálica: 16.99 cm, circunferencia abdominal: 14.75 cm, longitud femoral: 3.02 cm, edad gestacional estimada 20 semanas, peso fetal aproximado 308 gramos, frecuencia cardíaca fetal: 180 por minuto, se diagnosticó definitivamente con choque séptico de foco urinario, pielonefritis enfisematosas bilateral, miocardiopatía séptica y compromiso hemodinámico grave (ver anexo 3).

Paciente fue derivada a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con signos vitales: presión arterial: 100/60 mmhg, frecuencia cardíaca: 133 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 27 respiraciones por minuto, Spo2 99%, temperatura: 39.4°C, proteinuria negativa, estado de conciencia somnolienta con score mamá de 9 puntos, con los diagnósticos mencionados en estado crítico, hipotensa, febril debido al compromiso neurológico y el riesgo de pérdida de vía aérea requirió intubación y ventilación mecánica, se canalizó una segunda vía endovenosa y se dio tratamiento con vasopresores, antibióticos (meropenem y vancomicina) y transfusión de dos paquetes de glóbulos rojos concentrados, en cuanto a su condición obstétrica se mantuvo monitoreo fetal y se realizaron ecografías (ver anexo 4).

La función renal estaba alterada, con diuresis reducida siendo observada bajo sonda vesical. Además, presentó neumonitis broncoaspirativa como consecuencia de la intubación, lo que agravó su estado clínico, el manejo incluyó monitoreo hemodinámico intensivo, control de la ventilación mecánica, administración de

inotrópicos y vasopresores, y tratamiento antibiótico. Se realizó un seguimiento multidisciplinario por parte de ginecología, nefrología, cardiología y otras especialidades, el tratamiento se ajustó según los resultados de cultivos y pruebas clínicas. Se mantuvo activa clave amarilla cumpliendo con antibióticos de amplio espectro, ampicilina/sulbactam 1,5 a 3,0 g intravenosa cada 6 horas más clindamicina 600 mg intravenosa cada 6 horas, ceftriaxona 1g intravenosa cada 12 horas + metronidazol 500mg intravenosa cada 8 horas, piperacilina tazobactam 4,5 g intravenosa cada 6 horas y gentamicina 3-5 mg/kg debido al alto riesgo de complicaciones maternas siendo monitorizada cada hora debido a su condición crítica.

Después de haber ingresado al área permaneció bajo sedación, analgesia y relajantes musculares (midazolam, fentanilo y rocuronio) recibió soporte vasopresor con adrenalina, que posteriormente fue reemplazada por vasopresina y noradrenalina, se inició infusión de dobutamina el segundo día fue colocada en decúbito lateral por broncoaspiración, se mantuvo hemodinámicamente inestable le colocaron un catéter venoso central yugular derecho, sonda nasogástrica, todos estos medios invasivos permanecieron permeables y funcionales.

Según informe médico, tenía altas probabilidades de fallecimiento a corto y largo plazo el Score Near Miss fue de 6 puntos, basado en los siguientes criterios: choque, uso de vasopresores, índice de oxigenación (PAFI < 200, PO₂ < 90), intubación y edema pulmonar, durante su estancia, permaneció con clave amarilla activada y bajo seguimiento del Comité de Evitabilidad de Muerte Materna, debido a su pronóstico reservado, en un rastreo ecográfico a pie de cama se confirmó feto vivo con frecuencia cardíaca fetal de 140 latidos por minutos

Al tercer día fue ingresada al área de centro quirúrgico con cirugía programada para la colocación de un catéter doble J, ingresó al área en condiciones críticas, acompañada del personal de UCI, con consentimientos informados firmados por el familiar, con manilla de identificación, bajo ventilación mecánica, los signos vitales al momento fueron; presión arterial: 100/60 mmhg, frecuencia cardíaca: 93 latidos por minutos, frecuencia respiratoria: 22 respiraciones por minutos, SpO₂ 98% y temperatura: 36.2 °C, proteinuria; negativa, estado de conciencia no respondía con

score mamá de 3 puntos. Posteriormente, la paciente fue transferida nuevamente a la unidad de cuidados intensivos para seguimiento y manejo especializado.

A los quince días fue trasladada al área de hospitalización gineco-obstetricia en condiciones hemodinámicamente estable al ingreso, presentó signos vitales dentro de parámetros normales, sin proteinuria, estado de conciencia alerta con score mamá de 0 puntos, durante la valoración se evidenció facies pálida, mucosas húmedas, mamas turgentes hiposecretoras y pezones evertidos, presentaba abdomen globuloso compatible con 23.1 semanas de gestación, movimientos fetales percibidos por la madre, diuresis clara, sin sonda vesical, sin pérdidas vaginales, y los miembros inferiores no mostraron edemas (escala fóvea negativa).

Tras varios días de estancia hospitalaria, presentó una evolución clínica progresivamente favorable. Gracias al manejo multidisciplinario, la paciente respondió de manera positiva al tratamiento instaurado, se observó mejoría en su estado hemodinámico, normalización de parámetros ventilatorios y recuperación parcial de la función renal. El monitoreo continuo permitió ajustar la terapia según sus requerimientos clínicos.

Se mantuvo en observación con cuidados básicos de enfermería hasta completar su recuperación. Finalmente, tras cumplir con los criterios médicos de egreso y con estabilidad clínica materna y fetal, signos vitales se mantuvieron dentro de los parámetros normales, proteinuria: negativa, estado de conciencia alerta con score mamá de 0 puntos, la paciente fue dada de alta hospitalaria con recomendaciones para control ambulatorio por ginecología, cardiología y medicina interna, y con indicaciones de continuar el seguimiento prenatal estricto por el alto riesgo obstétrico.

3.2 Valoración Integral de enfermería

La evaluación cefalocaudal facilitó la identificación de hallazgos clínicos significativos, permitiendo distinguir entre los parámetros normales y los que presentaban alteraciones, lo que proporcionó una visión completa del estado general del paciente.

Dentro de esta valoración se observó su cabeza de forma normocéfala, con cabellos normoimplantados, sin puntos dolorosos ni reblandecimientos, facies pálida y con signos evidentes de deshidratación. Se encontraba bajo sedación profunda con midazolam y fentanilo, lo que imposibilitó la valoración de respuesta neurológica espontánea. En los ojos se identificaron pupilas isocóricas e hiporeactivas a la luz, sin alteraciones estructurales visibles. Los oídos no presentaron alteraciones aparentes; la nariz se mostró simétrica, con sonda nasogástrica, mantenida cerrada., sin obstrucción visible, secreciones, sangrado ni lesiones. En la cavidad oral se observaron mucosas pálidas y deshidratadas, sin lesiones visibles; la paciente se encontraba intubada por vía orotraqueal, conectada a ventilador mecánica en modo volumen A/C, y con cuidado bucal con clorhexidina al 0.12 % cada 8 horas como medida profiláctica.

El cuello sin rigidez ni adenopatías palpables. Se observó la colocación de un catéter venoso central yugular derecho por donde se administró medicación y soporte vasopresor (norepinefrina, vasopresina y dobutamina), el cual permaneció funcional y protegido con apósito estéril. El tórax, simétrico, con movimientos torácicos limitados por la ventilación mecánica bajo sedoanalgesia continua y monitoreo respiratorio continuo, cambios posturales (decúbito prono/supino) como parte del manejo del síndrome de distrés respiratorio agudo cada dos horas.

El abdomen se mostró distendido por la presencia de útero gestante de 20 semanas, blando, depresible, en régimen NPO (nada por vía oral). Genitourinario, se observó leucorrea blanca fétida en la especuloscopia, lo que evidenció infección se encontró con sonda Foley instalada, con diuresis controlada (800 ml reportados). Extremidades, superiores e inferiores simétricas, se evidenció leve edema en la mano izquierda, no presentó úlceras por presión, gracias al uso continuo de colchón antiescaras y cambios de posición con mínimo estímulo, debido a su estado clínico

inestable. Se identificaron tres vías periféricas funcionales utilizadas para antibióticos y soluciones intravenosas.

La valoración de las necesidades funcionales de Virginia Henderson nos ayudó a filtrar parámetros que se encontraron en óptimas condiciones de aquellos que no en el área de unidad de cuidados intensivos (UCI), proporcionando una visión y orientación al cuidado de la paciente. A continuación, se presenta la información obtenida a través del modelo teórico mencionado.

En cuanto a la necesidad de respirar normalmente. Presentó los siguientes signos vitales, presión arterial: 100/60 mmhg (hipotensión relativa), frecuencia cardiaca 133 latidos por minuto (taquicardia), frecuencia respiratoria 27 respiraciones por minuto, SpO₂ 99% con asistencia respiratoria mecánica, temperatura: 39.4°C (hipertermia). En relación con la necesidad de alimentación e hidratación, se identificó un bajo grado de autonomía para alimentarse debido a su estado crítico, la paciente no pudo ingerir alimentos ni líquidos por vía oral. Recibió nutrición parenteral, su peso fue de 50 kilogramos y su talla de 153 cm, con un índice de masa corporal de 21.4 lo que evidenció un peso saludable.

En cuanto a la necesidad de eliminación se encontró con sonda vesical colocada para control estricto de diuresis, registrándose una eliminación de 450 ml en 24 horas (oliguria), lo que evidenció deterioro de la función renal; se realizó balance hídrico estricto con registro de ingresos y egresos, obteniéndose un balance positivo de +1.200 ml en 24 horas, lo que indicó retención hídrica significativa. La necesidad de movilidad se encontró comprometida debido a que se encontraba bajo sedación y relajantes musculares, lo que le impidió cualquier tipo de movilidad voluntaria se realizaron cambios posturales programados para prevenir úlceras por presión y complicaciones musculoesqueléticas.

En relación con la necesidad de reposo/sueño la paciente se encontró en sedación profunda, lo que aseguró un descanso forzado para estabilizar su estado crítico, lo que impidió un patrón de sueño fisiológico, además se monitorizaron sus respuestas neurológicas y reflejos pupilares para evaluar su estado. Respecto a las necesidades de vestirse/desvestirse con normalidad, debido a su inmovilidad y estado crítico, dependió completamente del personal de enfermería para su higiene

y cuidado corporal, se mantuvo con ropa hospitalaria, evitando complicaciones como infecciones nosocomiales.

En cuanto a la necesidad de termorregulación, la paciente presentó hipertermia (39.4°C) asociada a la infección grave, se administró antipiréticos y antibióticos de amplio espectro (Meropenem y Vancomicina) para controlar el proceso infeccioso, se implementaron medios físicos para disminuir la fiebre. En las necesidades de higiene/piel, se valoró que al estar inmovilizada presentó un alto riesgo de infecciones y úlceras por presión, por ende, se realizaron cuidados de la piel con cambios posturales, hidratación cutánea y prevención de lesiones por presión, se mantuvo aseo diario y control de secreciones, evitando complicaciones.

Ante la necesidad de evitar peligros en el entorno, la paciente presentó un alto riesgo obstétrico, con activación de clave amarilla por la condición clínica crítica con choque séptico, soporte vasopresor doble, y riesgo de complicaciones, además de antibióticos y transfusiones según requerimiento. Al valorar la necesidad comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades y miedos, se evidenció la disfuncionalidad por la sedación profunda y ventilación mecánica, la familia fue el principal vínculo de comunicación y se les brindó información constante sobre su evolución además se fomentó el apoyo emocional para sus seres cercanos.

Respecto a las necesidades de creencias y valores, sus familiares indicaron no ser religiosos, además ellos tomaban decisiones sobre su tratamiento y cuidados, respetando su dignidad y autonomía. Al hablar de las necesidades de trabajar o realizarse, el esposo y la madre indicaron que se dedicaba al hogar, en su estado actual no aplica ya que su condición crítica impide cualquier tipo de actividad ocupacional o personal.

Con respecto a las necesidades de ocio sus familiares indicaron que solía realizar deporte, sin embargo, por el estado de gestación y a su estado crítico dejó de realizar actividades recreativas, durante su estadía hospitalaria, se mantuvo un ambiente adecuado en la Unidad de Cuidados Intensivos para así evitar estímulos innecesarios que alteren su estabilidad hemodinámica. En relación a la necesidad aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad personal, no pudo participar en su

educación sobre salud debido a la sedación y el estado crítico. Sin embargo, se brindó información a su familia sobre su enfermedad, tratamientos y pronóstico para favorecer la toma de decisiones informadas.

3.3 Plan de cuidados de enfermería

Tabla 1.

Primer plan de cuidados de enfermería.

Diagnóstico enfermero (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
Dominio 4. Actividad/reposo Clase. Respuestas cardiovasculares/pulmonares	Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: cardiopulmonar (E)	040002 Frecuencia cardiaca	1. Gravemente 2. Sustancialmente 3. Moderadamente 4. Levemente 5. No comprometido	Mantener en: 2 Aumentar a: 4
00029 Disminución del gasto cardíaco m/p alteraciones en la contractilidad miocárdica r/c frecuencia cardíaca alterada y contractilidad miocárdica	0400 Efectividad de la bomba cardíaca	040019 Presión diastólica		Mantener en: 2 Aumentar a: 4
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
Dominio 2: Fisiológico: complejo	Clase N: Control de la perfusión tisular			
4254 Manejo del shock: cardíaco				
<ul style="list-style-type: none"> -Comprobar si hay signos y síntomas de descenso del gasto cardíaco. -Administrar suplementos de oxígeno -Promover la perfusión adecuada de sistemas orgánicos (mediante reanimación con líquidos y/o vasopresores para mantener la presión arterial media ≥ 60 mmhg), según corresponda 				

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora

Tabla 2.

Segundo plan de cuidados de enfermería.

Diagnóstico enfermero (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
Dominio 11. Seguridad/protección Clase 4. Regulación térmica	Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Regulación térmica	080001 temperatura cutánea aumentada	1. Gravemente 2. Sustancialmente 3. Moderadamente 4. Levemente 5. No comprometido	Mantener en: 2 Aumentar a: 4
00008 Termorregulación ineficaz m/p temperatura corporal de 39.4 °C r/c proceso infeccioso sistémico	0800 Termorregulación	080007 Cambios de coloración cutánea		Mantener en: 2 Aumentar a: 4
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
Dominio 2: Fisiológico básico		Clase D: Regulación de la temperatura corporal		
3900 Regulación de la temperatura				
<ul style="list-style-type: none"> - Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, según corresponda. - Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado - Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades de la paciente. 				

*Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.**Elaborado por: Autora*

Tabla 3.

Tercer plan de cuidados de enfermería.

Diagnóstico enfermero (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
Dominio 11. Seguridad/protección Clase. 2 lesión física	Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Cardiopulmonar (E)	040301 Frecuencia respiratoria	1. Gravemente 2. Sustancialmente 3. Moderadamente 4. Levemente 5. No comprometido	Mantener en: 2 Aumentar a: 4 Mantener en: 2 Aumentar a: 4
00030 Deterioro del intercambio gaseoso m/p alteración del intercambio gaseoso r/c inestabilidad hemodinámica	0403 Ventilación	040303 Profundidad de la respiración		
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
Dominio 2: Fisiológico: complejo		Clase K: Control respiratorio		
3300 Manejo de la ventilación mecánica: invasiva				
<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar una técnica antiséptica en todos los procedimientos de succión, según correspondan. - Vigilar la eficacia de la ventilación mecánica sobre el estado fisiológico y psicológico del paciente. - Observar si se producen efectos adversos de la ventilación mecánica (p. ej., desviación traqueal, infección, barotraumatismo, volutrauma, gasto cardíaco reducido, distensión gástrica, enfisema subcutáneo). - Fomentar una ingesta adecuada de líquidos y nutricional - Establecer el cuidado bucal de forma rutinaria con gasas blandas húmedas, antiséptico y succión suave. 				
<i>Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.</i>				
<i>Elaborado por: Autora</i>				

3.4. Evaluación

La información recopilada durante la valoración evidencia la complejidad del estado médico de la paciente, resaltando la importancia de implementar intervenciones específicas para cada caso.

Durante el proceso de atención de enfermería, se establecieron diversos planes de cuidados para abordar las necesidades de la paciente gestante con miocardiopatía séptica, asegurando una evolución favorable. Uno de los primeros diagnósticos que se implementó fue “disminución del gasto cardíaco” (00029), la puntuación inicial fue de 2 en los indicadores frecuencia cardíaca y presión diastólica, lo que se correspondía con la inestabilidad hemodinámica y la contractilidad miocárdica alterada propias de la miocardiopatía séptica. Se aplicaron intervenciones como monitoreo continuo, soporte vasopresor con norepinefrina y dobutamina, oxigenoterapia, reposición de líquidos y vigilancia estrecha de la perfusión tisular. Estos cuidados contribuyeron a mejorar gradualmente la función cardiovascular, estabilizar la presión arterial y reducir la taquicardia persistente. En un periodo de cinco días la puntuación aumentó a 4, alcanzando la meta establecida y evidenciando mejoría significativa en la efectividad de la bomba cardíaca.

Por otro lado, el segundo diagnóstico abordado fue “00008 Termorregulación ineficaz”, la paciente inició con puntuación de 2 en los indicadores temperatura cutánea aumentada y cambios de coloración cutánea, después de la administración de antipiréticos, medidas físicas y control ambiental se observó reducción progresiva de la fiebre alcanzando una puntuación de 4 al cabo de tres días, lo que evidenció estabilización térmica y cumplimiento de la meta este resultado permitió disminuir el riesgo de complicaciones sistémicas derivadas de la sepsis y favoreció la estabilidad general de la paciente.

Posteriormente el tercer diagnóstico fue deterioro del intercambio gaseoso (00030), la paciente inició con una puntuación de 2 en los indicadores frecuencia respiratoria y profundidad de la respiración, mostrando dificultad ventilatoria y dependencia de soporte mecánico invasivo. Se ejecutaron intervenciones enfocadas en la optimización del manejo de la ventilación mecánica, aplicación de técnicas antisépticas en aspiraciones, cambios posturales programados, control riguroso de

secreciones y cuidados bucales regulares para prevenir infecciones asociadas. La evolución fue favorable, observándose un mejor patrón ventilatorio, incremento de la saturación de oxígeno y progresiva tolerancia al destete del respirador. Al cabo de siete días la puntuación alcanzó el valor de 4, cumpliendo con la meta planteada y permitiendo que la paciente recuperara la autonomía respiratoria y se redujera el riesgo de complicaciones pulmonares.

4. DISCUSIÓN DEL CASO EN ESTUDIO

El presente caso resaltó la importancia de la monitorización continua de signos vitales y la evaluación del estado clínico de la paciente gestante con miocardiopatía séptica, hallazgo que coincide con lo señalado por Vieillard-Baron et al. (8), quienes enfatizan que la monitorización hemodinámica intensiva es esencial para detectar precozmente el deterioro circulatorio en pacientes sépticos. A diferencia de reportes en los que el diagnóstico tardío condicionó un incremento en la mortalidad materna (Torres-Valdez et al., 12), en esta paciente el reconocimiento temprano de la sepsis y su traslado inmediato a cuidados críticos permitió iniciar intervenciones oportunas que favorecieron la evolución positiva.

En la literatura se ha descrito que las gestantes adolescentes presentan un mayor riesgo de complicaciones obstétricas y perinatales debido a inmadurez biológica y factores sociales (Bonet et al., 23). Esto coincide con el presente caso, en el que la condición de embarazo adolescente representó un factor de riesgo para la evolución desfavorable. Sin embargo, el manejo multidisciplinario —con participación de ginecología, nefrología, cardiología y cuidados críticos— se ajustó a lo recomendado por la Guía de Práctica Clínica del MSP para sepsis en el embarazo (5), lo que permitió mejorar la sobrevida materno-fetal.

Uno de los pilares del abordaje para la recuperación de la paciente fue el manejo del gasto cardiaco, dado que la frecuencia cardiaca estuvo alterada constituye una de las manifestaciones clínicas predominantes en la miocardiopatía séptica. En el caso clínico presentado, se implementó la intervención “Disminución del gasto cardiaco” (NIC 4254), que contempló en el cuidado directo a la paciente gestante como la medición de las constantes vitales, la vigilancia de los reflejo rotulianos y el manejo adecuado de la función respiratoria, esta estrategia encuentra respaldo en estudios como el publicado por Bladeras Rojas (18), en el cual se describe al embarazo en las adolescentes como un problema común en la salud pública debido a la toma de decisiones, a la falta de conocimiento sobre la salud sexual y las diferentes complicaciones que desencadena en el riesgo vital de la adolescente. En dicho estudio, el adecuado control de las constantes vitales

especialmente la frecuencia cardiaca fue una prioridad en el tratamiento, mejorando notablemente la calidad de vida del paciente.

La respuesta inflamatoria sistémica, manifestada por fiebre persistente, leucocitosis y compromiso hemodinámico, coincidió con lo descrito por Uchida et al (4), quienes reportaron que en la miocardiopatía séptica la función ventricular se ve comprometida de forma reversible, pero con riesgo de fallo multiorgánico si no se brinda soporte adecuado. El manejo multidisciplinario, que incluyó soporte ventilatorio, vasopresores y antibioticoterapia de amplio espectro, se ajustó a las recomendaciones internacionales para la sepsis en el embarazo.

5. CONCLUSIONES

Se logró identificar las manifestaciones clínicas y alteraciones fisiopatológicas asociadas a la miocardiopatía séptica en la paciente gestante, mediante una valoración integral de enfermería basada en el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, se evidenciaron signos clínicos relevantes como fiebre persistente, taquicardia, hipotensión, disnea, alteración del estado de conciencia, y reducción de la diuresis. Además, se analizaron parámetros de laboratorio e imágenes diagnósticas que confirmaron la presencia de infección urinaria severa, y compromiso hemodinámico, elementos que sustentaron el diagnóstico de sepsis grave con disfunción miocárdica la identificación temprana y sistemática permitió orientar las intervenciones iniciales de enfermería y establecer prioridades en el cuidado, cumpliendo con el primer objetivo específico de manera clara y fundamentada.

Asimismo, se diseñaron tres planes de cuidados individualizados, utilizando las taxonomías NANDA, NOC y NIC, centrados en diagnósticos prioritarios como termorregulación, riesgo de disminución del gasto cardíaco y riesgo de aspiración, cada uno de estos planes fue construido con base en datos objetivos, las intervenciones se ejecutaron con precisión, promoviendo un entorno seguro, controlando infecciones, mejorando el patrón respiratorio y estabilizando los parámetros hemodinámicos esta planificación basada en la evidencia científica reflejó el cumplimiento pleno del segundo objetivo específico.

Durante la evolución clínica de la paciente, se aplicó un seguimiento riguroso y continuo que permitió ajustar las intervenciones en función de la respuesta del organismo. Se observó una disminución progresiva de la fiebre, mejoría de la frecuencia cardíaca y respiratoria, tolerancia a la ventilación mecánica, estabilización hemodinámica, incremento de la diuresis y recuperación de la conciencia. Este progreso clínico documentado permitió verificar el cumplimiento del tercer objetivo específico, al evidenciar resultados positivos derivados de las intervenciones ejecutadas por el personal de enfermería.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. Tercer Consenso Internacional sobre Definiciones de Sepsis y Choque Séptico (Sepsis-3). *JAMA*. 2023;315(8):801-10. doi:10.1001/jama.2023.10603.
2. Uchida Y, Uchida Y, Kawai K. Manejo de la miocardiopatía séptica: Una revisión narrativa. *J Intensive Care*. 2023;11(1):1-12. doi:10.1186/s40560-023-00624-y.
3. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. Campaña para sobrevivir a la sepsis: Directrices internacionales para el tratamiento de la sepsis y el shock séptico 2021. *Crit Care Med*. 2021;49(11):e1063-143. doi:10.1097/CCM.0000000000005337.
4. Vieillard-Baron A, Cecconi M, Di Somma S, Silva S, Ferrario M, De Backer D. Monitoreo hemodinámico en shock e implicaciones para el manejo. *Medicina de Cuidados Intensivos*. 2022;48(8):893-906. doi:10.1007/s00134-022-06734-8.
5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de Práctica Clínica: Sepsis en el embarazo. Quito: MSP; 2023 [citado hace 2025 4]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2023/01/Sepsis-en-el-embarazo.pdf>
6. Kumar A, Roberts D, Wood KE, Light B, Parrillo JE, Sharma S, et al. La duración de la hipotensión antes del inicio de una terapia antimicrobiana eficaz es el determinante crítico de la supervivencia en el choque séptico humano. *Crit Care Med*. 2020;34(6):1589-96. doi:10.1097/01.CCM.0000217961.75225.E9.
7. Kellum JA, Lameire N. Diagnóstico, evaluación y manejo de la lesión renal aguda. *Kidney Int Suppl*. 2023;2:1-138. doi:10.1038/kisup.2011.32.
8. Prakash J, Ganiger VC. Lesión Renal Aguda en Trastornos Específicos del Embarazo. *Indian J Nephrol*. 2023;27(3):186-94. doi:10.4103/0971-4065.202406.
9. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, et al. Campaña "Surviving Sepsis": Guías Internacionales para el Manejo de la Sepsis y el Choque Séptico: 2021. *Intensive Care Med*. 2021;43(3):304-77. doi:10.1007/s00134-021-06350-0.

10. Bonet M, Nogueira Pileggi V, Rijken MJ, et al. Hacia una definición consensuada de sepsis materna: resultados de una revisión sistemática y consulta de expertos. *Reprod Health*. 2023;14(1):67. doi:10.1186/s12978-017-0321-6.
11. Vieillard-Baron A, Cecconi M, Di Somma S, Silva S, Ferrario M, De Backer D. Monitoreo hemodinámico en shock e implicaciones para el manejo. *Medicina de Cuidados Intensivos*. 2022;48(8):893-906. doi:10.1007/s00134-022-06734-8.
12. Torres-Valdez ME, Reyes-Castillo PS, Ortiz-Prado E. Sepsis y embarazo en Ecuador: un análisis de la situación actual. *Rev Fac Cien Med*. 2022;47(1):31-40. doi:10.29166/ciencias_medicas.v47i1.3542.
13. Rasmussen PE, Nielsen FR. Hidronefrosis durante el embarazo: una revisión de la literatura. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2023;27(3):249-59. doi:10.1016/0028-2243(88)90130-X.
14. Lapinsky SE. Insuficiencia respiratoria aguda en el embarazo. *Obstet Med*. 2022;8(3):126-32. doi:10.1177/1753495X15589223.
15. Torres-Valdez ME, Reyes-Castillo PS, Ortiz-Prado E. Sepsis y embarazo en Ecuador: un análisis de la situación actual. *Rev Fac Cien Med*. 2022;47(1):31-40. doi:10.29166/ciencias_medicas.v47i1.3542.
16. Torres-Ortiz E, Medina-Tévez LA, Acuña-Valdez E. Implementación de sistemas de alerta temprana materna en Ecuador: un estudio multicéntrico. *Int J Gynaecol Obstet*. 2023;156(1):70-7. doi:10.1002/ijgo.13345.
17. Dennis AT, Solnordal CB. Edema agudo de pulmón en embarazadas. *Anestesia*. 2023;67(6):646-59. doi:10.1111/j.1365-2044.2012.07055.x.
18. Grupo de Trabajo sobre la Definición del SDRA. Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo: La Definición de Berlín. *JAMA*. 2022;307(23):2526-33. doi:10.1001/jama.2012.5669.
19. Lapinsky SE. Insuficiencia respiratoria aguda en el embarazo. *Obstet Med*. 2022;8(3):126-32. doi:10.1177/1753495X15589223.
20. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. Campaña para sobrevivir a la sepsis: Guías internacionales para el manejo de la sepsis y el choque séptico 2021. *Crit Care Med*. 2021;49(11):e1063-143. doi:10.1097/CCM.0000000000005337.
21. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, et al. Campaña "Sobreviviendo a la Sepsis:

Guías Internacionales para el Manejo de la Sepsis y el Choque Séptico: 2021". *Intensive Care Med.* 2021;43(3):304-77. doi:10.1007/s00134-021-06350-0.

22. Torres-Ortiz E, Medina-Tévez LA, Acuña-Valdez E. Implementación de sistemas de alerta temprana materna en Ecuador: un estudio multicéntrico. *Int J Gynaecol Obstet.* 2023;156(1):70-7. doi:10.1002/ijgo.13345.

23. Bonet M, Nogueira Pileggi V, Rijken MJ, et al. Hacia una definición consensuada de sepsis materna: resultados de una revisión sistemática y consulta de expertos. *Reprod Health.* 2023;14(1):67. doi:10.1186/s12978-017-0321-6.

24. Torres-Ortiz E, Medina-Tévez LA, Acuña-Valdez E. Implementación de sistemas de alerta temprana materna en Ecuador: un estudio multicéntrico. *Int J Gynaecol Obstet.* 2023;156(1):707. doi:10.1002/ijgo.13345

7. ANEXOS

Anexo 1. Signos vitales.

Signos vitales área de emergencia (Parámetro)	Valor	Rango de referencia	Puntaje Score MAMÁ
Presión arterial sistólica	111	90–139 mmHg	0
Presión arterial diastólica	64	60–85 mmHg	0
Frecuencia cardíaca	127 lpm	60–100 lpm	3
Frecuencia respiratoria	26 rpm	12–20 rpm	2
Temperatura	39.5 °C	35.6–37.2 °C	3
Saturación O₂	98 %	94–100 %	0
Proteinuria	Negativa	Negativa	0
Estado de conciencia	Alerta	—	0
			8 puntos

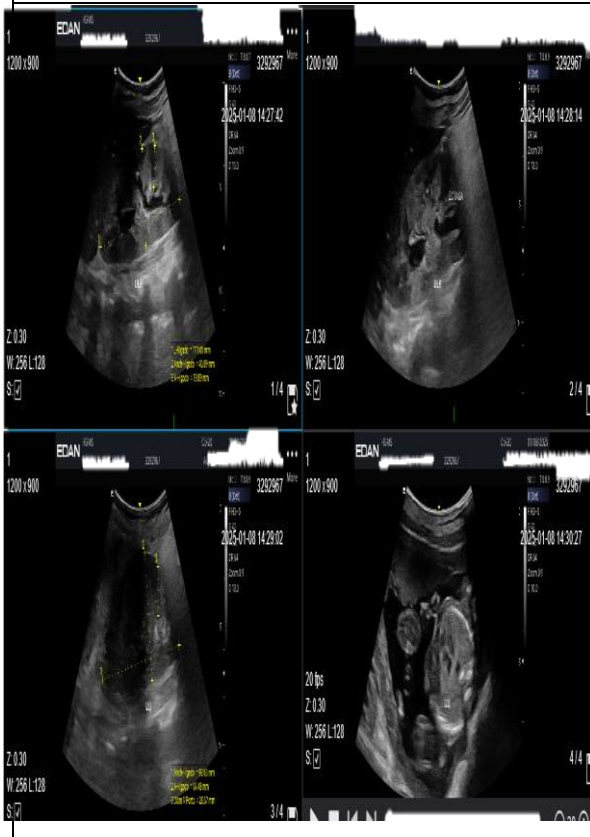
Anexo 2. Resultados de laboratorio

HEMATOLOGÍA		
BIOMETRÍA HEMÁTICA	RESULTADO	VALOR REFERENCIA
LEUCOCITOS	19.62 uL	4.00 – 10.00 uL
SEGMENTADOS	89.30 %	50.00 – 70.00 %
HEMOGLOBINA	9.50 mg/dL	14.00 -18.00 g/dL
HEMATOCRITO	31.80%	43.30 -52.80 %
SEROLOGIA INMUNOLOGICA		
RESULTADOS		
VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA	No reactivo	
SÍFILIS	Positivo	
TIPIFICACION SANGUINEA		
GRUPO SANGUÍNEO	O+	
EXAMEN DE ORINA		
PROTEINURIA	(-) Negativo	
PCR	6.7	1.0 mg/dL o < 10.0 mg/L
Sodio	177.01	135 a 145 mEq/L
Potasio	4.28	3.7 a 5.2 mEq/L
Cloro	131.61	96 a 106 mEq/L

Anexo 3. Evidencia radiografía tórax y renal



Se observó infiltrado bilateral difuso compatible con neumonitis broncoaspirativa, con discreto patrón intersticial y signos sugestivos de congestión pulmonar.



Se evidenció pielonefritis bilateral con presencia de gas en el parénquima renal, hallazgo sugestivo de pielonefritis enfisematosa, asociado a compromiso severo de la función renal.

Anexo 4. Signos vitales

Signos vitales área de unidad de cuidados intensivos (Parámetro)	Valor	Rango de referencia	Puntaje Score MAMÁ
Presión arterial sistólica	100	90–139 mmHg	0
Presión arterial diastólica	60	60–85 mmHg	0
Frecuencia cardíaca	133 lpm	60–100 lpm	3
Frecuencia respiratoria	27 rpm	12–20 rpm	2
Temperatura	39.4 °C	35.6–37.2 °C	3
Saturación O₂	99 %	94–100 %	0
Proteinuria	Negativa	Negativa	0
Estado de conciencia	Somnolienta	—	1
			9 puntos

Anexo 5. Evidencia fotográfica toma de signos vitales



Anexo 6. Signos vitales

Signos vitales de egreso (Parámetro)	Valor	Rango de referencia	Puntaje Score MAMÁ
Presión arterial sistólica	116	90–139 mmHg	0
Presión arterial diastólica	71	60–85 mmHg	0
Frecuencia cardíaca	99 lpm	60–100 lpm	0
Frecuencia respiratoria	19 rpm	12–20 rpm	0
Temperatura	36.2 °C	35.6–37.2 °C	0
Saturación O₂	99 %	94–100 %	0
Proteinuria	Negativa	Negativa	0
Estado de conciencia	Alerta	—	0
			0 puntos