

**UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO DE MANABÍ”**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN EXAMEN COMPLEXIVO**

**MODALIDAD ESTUDIO DE CASO**

**TEMA:**

Cuidados De Enfermería En Pacientes Embarazadas con  
insuficiencia respiratoria en gestantes

**AUTORA:**

Pazmiño Castañeda Angie Annabel

**TUTOR:**

Lcdo. Josué Matute Santana

**MANTA-MANABÍ-ECUADOR**

**2024**

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	2
2.1. <b>Objetivo General</b> .....	2
2.2. <b>Objetivos Específicos</b> .....	2
<b>3. JUSTIFICACIÓN</b> .....	3
<b>4. MARCO TEÓRICO</b> .....	4
4.1. <b>Insuficiencia respiratoria en gestantes</b> .....	4
4.2. <b>Características de la insuficiencia respiratoria en el embarazo</b> .....	4
4.3. <b>Fisiología respiratoria durante el embarazo</b> .....	5
4.4. <b>Cambios anatómicos y fisiológicos</b> .....	5
4.5. <b>Factores de riesgo</b> .....	6
4.6. <b>Tipos de insuficiencia respiratoria en gestantes</b> .....	7
4.6.1. <b>Hipoxémica</b> .....	7
4.6.2. <b>Hipercápnic</b> .....	8
4.7. <b>Causas de la insuficiencia respiratoria en gestantes</b> .....	8
4.8. <b>Complicaciones maternas y fetales</b> .....	9
4.9. <b>Preeclampsia</b> .....	9
4.10. <b>Eclampsia</b> .....	11
<b>5. ASPECTO MÉDICO Y DE ENFERMERÍA DE ACUERDO CON SU PATOLOGÍA</b> .....	12
5.1. <b>Motivo de consulta</b> .....	12
5.2. <b>Antecedentes patológicos personales</b> .....	12
5.3. <b>Antecedentes patológicos familiares</b> .....	12
5.4. <b>Evolución médica</b> .....	12
5.4.1. <b>17:47 04/10/2023</b> .....	13
5.4.2. <b>13:19 05/10/2023</b> .....	14
5.5. <b>Evolución de enfermería diaria</b> .....	15
5.6. <b>21:00 04/10/2023</b> .....	15
5.7. <b>17:00 05/10/2023</b> .....	16
5.8. <b>TRATAMIENTO</b> .....	17
5.9. <b>EXAMEN DE LABORATORIO</b> .....	17
5.10. <b>DESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA</b> .....	18
<b>6. PROBLEMAS O FENÓMENOS OBSERVADOS</b> .....	22
6.1. <b>Signos y síntomas (directos e indirectos)</b> .....	22



6.2. Explicación científica de los fenómenos observados .....	22
7. ROL DE ENFERMERÍA CON RELACIÓN AL CASO CLÍNICO.....	23
8. PLAN DE CUIDADOS.....	26
8.1. Plan de cuidados #1.....	26
8.2. Plan de cuidados #2.....	27
8.3. Plan de cuidados #3.....	28
9. CONCLUSIONES .....	29
10. RECOMENDACIONES.....	30
11. BIBLIOGRAFÍA .....	31
12. ANEXOS.....	36
12.1. Anexo 1.....	36
12.2. Anexo 2.....	36
IMPRESIÓN GENERAL SOBRE EL USUARIO .....	36
12.2.1. EXAMEN FÍSICO.....	37
12.2.2. CONDUCTA DEL USUARIO .....	39
12.3. Anexo 3.....	39
EVIDENCIAS.....	39
12.4. Anexo 4.....	40
REGISTRO DE ASISTENCIA Y SEGUIMIENTO DE TUTORÍAS .....	40

## 1. INTRODUCCIÓN

La insuficiencia respiratoria durante el embarazo es un tema de gran relevancia en el ámbito de la salud materno-fetal. A medida que el feto se desarrolla, el sistema respiratorio de la madre experimenta cambios fisiológicos para acomodar las necesidades de oxígeno tanto de ella como del feto. Sin embargo, en algunos casos, estas adaptaciones pueden verse comprometidas, lo que lleva a una insuficiencia respiratoria que pone en riesgo la salud y el bienestar tanto de la madre como del feto.

Durante el periodo del embarazo, el parto y el puerperio, la mujer experimenta modificaciones en su anatomía, fisiología y en la dinámica ventilatoria. Estos cambios pueden llevar a la aparición de complicaciones, entre las cuales se encuentra el síndrome de dificultad respiratoria aguda. Este síndrome representa un desafío para los profesionales de la salud, ya que puede estar asociado con diversas complicaciones durante el embarazo, como corioamnionitis, aborto o embolismo de líquido amniótico. El manejo y tratamiento adecuados del síndrome de dificultad respiratoria aguda son de vital importancia. En este sentido, se han logrado avances en las estrategias ventilatorias, tales como la reducción del volumen tidal y la posición prono durante la ventilación mecánica. Estas mejoras han demostrado un impacto favorable en el pronóstico de las gestantes que presentan esta complicación. (Pozos et al., 2019)

En un estudio se analizaron los mecanismos fisiológicos de la dificultad respiratoria en el embarazo al comparar la respuesta ventilatoria durante el ejercicio en mujeres sanas en el tercer trimestre. Los resultados revelaron un incremento en la frecuencia respiratoria al final y durante el ejercicio, debido a un aumento en la ventilación ocasionado por la reducción del volumen pulmonar total (Jensen et al., 2014).

Otra investigación destaca la importancia de diferenciar el episodio asmático de otras causas de dificultad respiratoria durante el embarazo, como los cambios hormonales inducidos por la gestación. Además, se identificaron otras causas de dificultad respiratoria durante el embarazo, como la anemia, infecciones respiratorias, enfermedades cardíacas y la embolia pulmonar (Contreras et al., 2014).

En la investigación de (Correa, 2019) llamada “Factores de riesgo asociados a mortalidad materna en los hospitales de la ciudad de Iquitos entre enero a diciembre 2017” manifiesta que Entre las complicaciones maternas asociadas con la mortalidad materna, se identificaron varios factores significativos. Estos incluyeron traumatismo de cabeza no

especificado, hemorragia intracefálica no especificada, septicemia no especificada, insuficiencia respiratoria aguda, choque hipovolémico, choque cardiogénico, neumonía no especificada, leptospirosis pulmonar severa, hemorragia postparto secundaria, síndrome de HELLP, desprendimiento prematuro de placenta, eclampsia, corioamnionitis y placenta previa. Sin embargo, es importante resaltar la importancia particular de la insuficiencia respiratoria aguda como una complicación significativa y potencialmente grave en el contexto del embarazo y el parto.

La insuficiencia respiratoria durante el embarazo es una complicación de alto riesgo que puede afectar tanto a la madre como al feto. Los cambios fisiológicos y anatómicos en el sistema respiratorio de la madre pueden dar lugar a esta condición, la cual se asocia con diversas complicaciones graves, como corioamnionitis, aborto y embolismo de líquido amniótico. Es crucial abordar de manera adecuada esta complicación, mediante estrategias ventilatorias mejoradas y un manejo preciso. Conjuntamente, se ha investigado el incremento en la frecuencia respiratoria durante el ejercicio y se han identificado otras causas de dificultad respiratoria durante el embarazo, como cambios hormonales, anemia, infecciones respiratorias, enfermedades cardíacas y embolia pulmonar. La identificación temprana, el manejo apropiado y el tratamiento oportuno de la insuficiencia respiratoria son esenciales para mejorar los resultados maternos y fetales.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo General**

Realizar el proceso de atención de enfermería en pacientes embarazadas con insuficiencia respiratoria

### **2.2. Objetivos Específicos**

- Establecer fundamentos de conocimiento sobre las insuficiencias respiratorias en gestantes.
- Identificar los factores de riesgo preexistentes y las complicaciones del embarazo que pueden predisponer a la insuficiencia respiratoria en gestantes.
- Planificar las acciones de enfermería basado en diagnósticos para solucionar problemas y necesidades del paciente.

### 3. JUSTIFICACIÓN

La insuficiencia respiratoria en gestantes es un problema crítico que requiere atención especializada debido a los cambios fisiológicos y anatómicos que ocurren durante el embarazo. Este estudio de caso se enfoca en los cuidados de enfermería necesarios para gestionar y mitigar los riesgos asociados con la insuficiencia respiratoria en mujeres embarazadas. La justificación de esta investigación radica en varios puntos clave:

**Relevancia Clínica:** Durante el embarazo, el sistema respiratorio de la mujer experimenta adaptaciones significativas para satisfacer las demandas de oxígeno tanto de la madre como del feto. Sin embargo, estas adaptaciones pueden ser insuficientes o fallar, llevando a complicaciones graves como la insuficiencia respiratoria. El manejo adecuado de esta condición es crucial para prevenir resultados adversos tanto para la madre como para el feto.

**Impacto en la Salud Materna y Fetal:** La insuficiencia respiratoria durante el embarazo está asociada con diversas complicaciones, incluyendo preeclampsia, eclampsia, parto prematuro y bajo peso al nacer, que pueden tener consecuencias a largo plazo para la salud de la madre y del niño. Este estudio busca proporcionar un enfoque integral y basado en evidencia para el manejo de estos casos, contribuyendo a mejorar los resultados perinatales.

**Necesidad de Protocolos Específicos:** Actualmente, los protocolos de manejo de insuficiencia respiratoria en gestantes no están completamente estandarizados, lo que puede llevar a variaciones en la calidad de la atención. Este trabajo pretende establecer una guía clara y específica para los profesionales de enfermería, basada en las mejores prácticas y evidencias disponibles, para asegurar un manejo eficiente y efectivo.

**Capacitación y Empoderamiento del Personal de Enfermería:** El papel del personal de enfermería es fundamental en la detección temprana, monitoreo y manejo de la insuficiencia respiratoria en gestantes. Esta investigación no solo se enfoca en los aspectos clínicos, sino también en la formación y empoderamiento de los profesionales de enfermería, brindándoles las herramientas y conocimientos necesarios para actuar con competencia y confianza en situaciones críticas.

**Contribución a la Literatura Científica:** Aunque existen estudios sobre insuficiencia respiratoria en el embarazo, aún hay lagunas en la literatura sobre los cuidados específicos de enfermería y las intervenciones más efectivas. Este estudio pretende llenar parte de ese vacío,

ofreciendo datos y análisis que puedan ser utilizados para futuras investigaciones y para la mejora continua de los protocolos de atención.

Este estudio de caso se presenta con el objetivo de destacar la importancia de un enfoque especializado en el cuidado de las gestantes con insuficiencia respiratoria, y de cómo el rol de enfermería es esencial en la mejora de los resultados perinatales.

## **4. MARCO TEÓRICO**

### **4.1. Insuficiencia respiratoria en gestantes**

En las gestantes, la insuficiencia respiratoria requiere atención médica inmediata y especializada, ya que los cambios fisiológicos que ocurren en el cuerpo de una mujer durante el embarazo, como el aumento del volumen sanguíneo y la compresión del diafragma debido al crecimiento uterino, aumentan el riesgo de complicaciones respiratorias (Cabello y Manieu, 2014). En este caso, la insuficiencia respiratoria puede ser causada por una variedad de afecciones, como embolismo pulmonar, neumonía, asma o enfermedades preexistentes agravadas por el embarazo (Noble et al., 1988)

Si la vida de la madre está en peligro, el manejo de esta condición requiere una evaluación clínica exhaustiva, terapia adecuada y, en algunos casos, la consideración de la interrupción del embarazo. Para garantizar el mejor resultado posible tanto para la madre como para el feto, es necesaria una atención multidisciplinaria y una comunicación efectiva entre obstetras y especialistas en cuidados intensivos (Stone y Nelson-Piercy, 2015)

### **4.2. Características de la insuficiencia respiratoria en el embarazo**

Los cambios fisiológicos que ocurren durante el embarazo afectan las características de la insuficiencia respiratoria. La falta de oxígeno puede causar síntomas como:

- Disnea (dificultad para respirar)
- Taquipnea (aumento de la frecuencia respiratoria)
- Taquicardia (aumento de la frecuencia cardíaca)
- Cianosis (coloración azulada de la piel y las mucosas).

Estos síntomas pueden estar relacionados con afecciones subyacentes, como:

- Embolismo pulmonar

- Neumonía
- Asma
- Exacerbación de enfermedades preexistentes.

Debido a la dificultad para respirar, la gestante puede experimentar ansiedad y opresión en el pecho. Para determinar la causa principal de la insuficiencia respiratoria y brindar el tratamiento adecuado, teniendo en cuenta la salud de la madre y el feto (Maldonado y Lartigue, 2014)

### **4.3. Fisiología respiratoria durante el embarazo**

El sistema respiratorio de una mujer cambia fisiológicamente durante el embarazo, lo que es esencial para satisfacer las demandas de oxígeno de la madre y el feto en desarrollo (San Román, 2016).

Los cambios durante la gestación en la mujer son el resultado de una compleja interacción hormonal y mecánica que comienza temprano en el embarazo y se intensifica a medida que avanza el embarazo (Sánchez et al., 2014). El aumento del volumen tidal, que es la cantidad de aire inhalado y exhalado en cada respiración, es uno de los cambios más notables (Sánchez y Sánchez, 2014).

La ventilación alveolar, que es el flujo de aire que llega a los sacos de aire de los pulmones donde ocurre el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono, se ha incrementado, lo que contribuye al aumento. (de Agüero, 1982)

También, debido al crecimiento uterino, el diafragma, el músculo principal de la respiración, se eleva, lo que reduce aún más la capacidad pulmonar y puede causar una sensación de falta de aire en algunas mujeres embarazadas (Mera et al., 2019)

A pesar de estos cambios, "...el sistema respiratorio de la madre se adapta notablemente para garantizar un suministro adecuado de oxígeno al feto y mantener la homeostasis de la madre a lo largo del embarazo..." (Martinez, 2016).

### **4.4. Cambios anatómicos y fisiológicos**

El cuerpo de una mujer sufre numerosos cambios anatómicos y fisiológicos durante el embarazo para adaptarse al crecimiento y desarrollo del feto. El aumento del tamaño del útero a medida que crece, lo que ejerce presión sobre otros órganos internos y puede desplazar el

diafragma hacia arriba, es uno de los cambios más notables. Esto puede causar plenitud abdominal y dificultad para respirar, particularmente durante el tercer trimestre (Hosp et al., 2015)

Las hormonas como la progesterona aumentan para relajar los músculos uterinos y prevenir las contracciones prematuras, pero también afectan los músculos lisos de las vías respiratorias, lo que puede contribuir a una mayor sensibilidad bronquial y a la disminución del tono de las vías respiratorias. (Carillo et al., 2021)

El sistema cardiovascular experimenta cambios para aumentar el volumen sanguíneo y la capacidad de transporte de oxígeno al feto. Estos cambios anatómicos y fisiológicos son esenciales para respaldar un embarazo saludable, pero también pueden contribuir a desafíos respiratorios en algunas mujeres embarazadas, especialmente aquellas con condiciones médicas preexistentes (Hosp et al., 2015)

#### **4.5. Factores de riesgo**

La atención médica y de enfermería de las gestantes debe tener en cuenta los factores de riesgo relacionados con la insuficiencia respiratoria durante el embarazo. Estos elementos pueden ser diversos y complejos, y su identificación temprana es crucial para evitar o reducir complicaciones potencialmente graves. Las enfermedades respiratorias crónicas, como el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), se encuentran entre los factores de riesgo preexistentes que son importantes desencadenantes de insuficiencia respiratoria.

Debido a los cambios hormonales y fisiológicos que afectan las vías respiratorias durante el embarazo, las mujeres con estas afecciones pueden experimentar exacerbaciones, lo que puede requerir una atención médica y de enfermería más intensiva. También, las enfermedades cardíacas preexistentes, como la hipertensión pulmonar, pueden aumentar el trabajo del corazón y afectar la oxigenación, lo que puede causar insuficiencia respiratoria. (Cabello y Manieu, 2014)

El tabaquismo es otro factor de riesgo a tener en cuenta. El consumo de tabaco durante el embarazo es dañino tanto para la madre como para el feto, y los componentes tóxicos del humo del tabaco pueden afectar negativamente la función pulmonar. El humo del tabaco contiene monóxido de carbono y otros productos químicos que pueden desplazar el oxígeno en la sangre, lo que tiene un impacto negativo en la oxigenación de los tejidos y órganos, incluido el feto en desarrollo. El tabaquismo también está relacionado con un mayor riesgo de

complicaciones como el parto prematuro y el bajo peso al nacer, que pueden empeorar la insuficiencia respiratoria neonatal (Míguez y Pereira, 2020).

La obesidad es otro factor de riesgo. Debido a una serie de factores, las mujeres con un índice de masa corporal elevado (IMC) tienen un mayor riesgo de desarrollar insuficiencia respiratoria durante el embarazo. El exceso de grasa en el cuerpo puede ejercer presión sobre el diafragma y limitar su movimiento, lo que dificulta la expansión de los pulmón y causa disnea. Conjuntamente, la obesidad está relacionada con trastornos respiratorios del sueño como la apnea del sueño, que puede empeorar durante el embarazo y contribuir a la insuficiencia respiratoria (Reyna et al., 2021)

#### **4.6. Tipos de insuficiencia respiratoria en gestantes**

La insuficiencia respiratoria en gestantes puede clasificarse en varios tipos, cada uno de los cuales tiene características particulares.

##### **4.6.1. Hipoxémica**

La insuficiencia respiratoria hipoxémica en gestantes es un problema respiratorio en el que los niveles de oxígeno en la sangre están por debajo de los niveles normales. Este escenario puede ser particularmente preocupante durante el embarazo porque tanto la madre como el feto requieren un suministro adecuado de oxígeno para mantenerse saludables.

El síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) es una de las principales causas de insuficiencia respiratoria hipoxémica en gestantes. La acumulación de líquido en los alvéolos, o sacos de aire de los pulmones, dificulta el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono en esta afección. El SDRA puede ser causado por una variedad de condiciones, como infecciones graves, neumonía, embolia pulmonar o aspiración de contenido gástrico (Sánchez y Sánchez, 2014).

Otra causa importante de insuficiencia respiratoria hipoxémica en gestantes es la embolia pulmonar, que es la obstrucción de las arterias pulmonares por coágulos sanguíneos. Debido a los cambios hormonales y al estasis venoso durante el embarazo, aumenta la probabilidad de desarrollar coágulos sanguíneos. Un coágulo puede bloquear el flujo sanguíneo y causar una disminución rápida de los niveles de oxígeno en la sangre si llega a los pulmones desde una vena profunda (Hernández et al., 2022)

#### **4.6.2. Hipercápnica**

La insuficiencia respiratoria hipercápnica es otra forma importante de dificultad respiratoria que puede afectar a las mujeres embarazadas. En este tipo de insuficiencia respiratoria, los niveles de dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) en la sangre aumentan significativamente debido a una incapacidad del sistema respiratorio para eliminarlo de manera efectiva. Esto puede deberse a una disminución en la eficacia de la ventilación pulmonar o a una sobreproducción de CO<sub>2</sub> (Wikipedia, 2023)

Una de las causas más comunes de insuficiencia respiratoria hipercápnica en gestantes es la exacerbación de enfermedades pulmonares crónicas, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Las mujeres con EPOC pueden experimentar un aumento en la resistencia de las vías respiratorias y una disminución en la capacidad de los pulmones para expulsar el CO<sub>2</sub> durante el embarazo, lo que lleva a una acumulación gradual de dióxido de carbono en la sangre.

Asimismo, las condiciones neuromusculares que afectan la función de los músculos respiratorios, como la distrofia muscular o las lesiones de la médula espinal, pueden desencadenar insuficiencia respiratoria hipercápnica. Durante el embarazo, la expansión del útero puede limitar aún más la capacidad del diafragma para contraerse de manera efectiva, lo que agrava el problema en mujeres con condiciones neuromusculares preexistentes (Moya et al., 2014)

#### **4.7. Causas de la insuficiencia respiratoria en gestantes**

Según la investigación de (Sánchez y Sánchez, 2014) en su investigación llamada “Distress respiratorio agudo en el embarazo” comentan que debido a la complejidad de la fisiología maternal y fetal, las causas de la insuficiencia respiratoria en gestantes pueden ser múltiples y deben abordarse con precaución.

Esta afección puede ser causada por elementos como infecciones respiratorias, como neumonía e influenza, que pueden afectar negativamente la función pulmonar de las mujeres embarazadas. Igualmente, en esta población, las complicaciones obstétricas, como la preeclampsia, el edema pulmonar y el síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) relacionado con el embarazo, pueden causar insuficiencia respiratoria.

Así mismo, los autores comentan que el embarazo en sí mismo, debido al aumento del tamaño del útero y al desplazamiento de los órganos internos, puede ejercer presión sobre el

sistema respiratorio, lo que puede causar dificultades respiratorias, especialmente en las etapas avanzadas del embarazo. Para tratar la insuficiencia respiratoria en gestantes de manera adecuada, se requiere una evaluación exhaustiva de la causa subyacente y un enfoque médico especializado para asegurar la salud óptima de la madre y el feto.

#### **4.8. Complicaciones maternas y fetales**

En la investigación titulada “Enfermedades respiratorias en el embarazo” se dice estas enfermedades durante el embarazo pueden causar muchas complicaciones tanto para la madre como para el feto, por lo que es crucial tener un tratamiento adecuad. Enfatizan que una de las preocupaciones principales es el asma, ya que afecta alrededor del 1 al 4 % de las embarazadas. La preeclampsia, el parto prematuro, el retardo en el crecimiento intrauterino y el bajo peso al nacer son algunos de los problemas obstétricos que pueden desarrollarse si no se controlan adecuadamente.

Conjuntamente, esto enfatiza la importancia de mantener un control óptimo del asma durante la gestación, ya que un tratamiento adecuado se ha relacionado con un mejor crecimiento fetal y, en general, con resultados perinatales más favorables. Aunque no hay una medicación antiasmática que asegure completamente la seguridad durante el embarazo, el riesgo de no tratar adecuadamente el asma parece ser mucho mayor que la posibilidad remota de efectos adversos.

En otras instancias, los autores comentan que con respecto a la neumonía durante el embarazo se dice que su presencia puede llevar a un menor peso al nacer y al parto prematuro, lo que enfatiza la necesidad de un diagnóstico y tratamiento tempranos. En resumen, el control adecuado de las enfermedades respiratorias durante el embarazo es esencial para prevenir complicaciones maternas y fetales, y aunque existen desafíos en la elección de medicamentos, se prioriza la salud de ambos (Cabello y Manieu, 2014)

#### **4.9. Preeclampsia**

La preeclampsia representa un riesgo significativo para la salud tanto de la madre como del feto. Aunque sus síntomas clínicos suelen manifestarse más adelante en el embarazo, los mecanismos que la desencadenan comienzan mucho antes. A pesar de algunos avances en la comprensión de cómo afecta al cuerpo y en la capacidad de monitorear los cambios que produce, el único modo efectivo de tratamiento es dar a luz al bebé y a la placenta. El objetivo principal del tratamiento médico es prevenir complicaciones graves para la madre, como

derrames cerebrales, problemas renales, acumulación de líquido en los pulmones y la aparición de eclampsia. La hora en que se produce el parto es crucial y se determina considerando la etapa del embarazo, la gravedad de la preeclampsia, la salud de la madre y del feto, así como la gestión del dolor y la anestesia durante el parto. La terapia farmacológica se centra principalmente en el uso de medicamentos para controlar la presión arterial alta y en el uso de sulfato de magnesio. (Lambert G, 2017)

La elevación de la presión sanguínea durante el embarazo se caracteriza por una lectura de la presión arterial sistólica igual o superior a 140 mmHg y/o una presión arterial diastólica igual o superior a 90 mmHg, y se organiza en cinco grupos distintos, que se narrarán a continuación:

**Hipertensión crónica:** se refiere a la presión arterial alta, con lecturas sistólicas iguales o superiores a 140 mmHg o diastólicas iguales o superiores a 90 mmHg, o ambas, ya presentes antes del embarazo, identificadas antes de las 20 semanas de gestación (SDG), que persisten por más de 12 semanas después del parto y requieren medicación para controlar la presión arterial antes del embarazo.

**La hipertensión gestacional:** se manifiesta como lecturas de presión arterial sistólica igual o superior a 140 mmHg o diastólica igual o superior a 90 mmHg, sin presencia de proteínas en la orina, y ocurre después de las 20 SDG. Normalmente, la presión arterial vuelve a la normalidad dentro de las 12 semanas después del parto.

**La Preeclampsia:** se caracteriza por una nueva aparición de presión arterial alta en la segunda mitad del embarazo y suele ir acompañada de proteínas recién detectadas en la orina.

**La Preeclampsia:** con signos de gravedad se evidencia con lecturas de presión arterial sistólica por encima de 160 mmHg o diastólica por encima de 110 mmHg registradas en más de dos ocasiones, y se acompaña de una o más complicaciones severas.

**La eclampsia:** se define por la presencia de convulsiones recientes en mujeres con preeclampsia o convulsiones que surgen de 48 a 72 horas después del parto.

**El síndrome de HELLP:** se manifiesta con niveles elevados de enzimas hepáticas, trombocitopenia y generalmente se desarrolla antes de la semana 37 del embarazo, pero también puede presentarse poco después del parto. Los criterios diagnósticos incluyen niveles elevados de LDH (más del doble del límite superior normal), bilirrubina por encima de 1.2

mg/dL, AST por encima de 70 UI/L (más del doble del límite superior normal), recuentos bajos de plaquetas (menos de 100,000/ $\mu$ L), y la presencia o ausencia de proteínas en la orina.

#### **4.10. Eclampsia**

El autor (Sánchez, 2016) menciona que el término eclampsia se deriva de la antigua palabra griega "éklampsis", que describe un repentino destello manifestado a través de episodios convulsivos de inicio repentino y un estado de coma, los cuales surgen durante el embarazo después de las 20 semanas de gestación o después del parto. Durante el embarazo, puede incluir hipertensión o complicarse en casos con antecedentes de hipertensión preexistente, con preeclampsia establecida y sin otras condiciones neurológicas conocidas. En regiones con altos índices de mortalidad materna, la eclampsia es frecuentemente un factor asociado.

Cuando se presenta una convulsión eclámptica, al principio, la apariencia facial de la paciente cambia notablemente con la protrusión de los ojos y una expresión facial congestionada. Frecuentemente, se observa espuma en la boca. Las convulsiones se distinguen en dos fases: la primera dura entre 15 y 20 segundos, iniciando con rigidez en todo el cuerpo y movimientos faciales repentinos. La segunda fase se extiende por 60 segundos, caracterizada por una sucesión de contracciones y relajaciones musculares, a veces llevando al estado de coma. Durante este periodo, la respiración cesa y la mujer embarazada no retiene recuerdos de lo acontecido. (Sánchez, 2016)

El ministerio de salud Pública del Ecuador, muestra que existen cuatro períodos de eclampsia:

**Período de iniciación:** Durante un lapso de tiempo de 10 a 20 segundos, la paciente experimenta un estado estático mientras pierde el conocimiento. Durante este período, se observan contracciones fibrilares en los músculos faciales y de las extremidades, así como en los músculos oculares, causando una desviación en las órbitas oculares hacia un lado y dilatación de las pupilas. Además, hay una apariencia de distorsión facial con la desviación de las comisuras de los labios, creando una expresión facial similar a una mueca satírica.

**Fase de contracciones tónicas:** Estos episodios ocurren durante un lapso de 20 a 30 segundos, durante los cuales se evidencia una interrupción en la respiración (apnea), un tono azulado en la piel (cianosis), un aumento notable en la hinchazón de las venas yugulares, la cabeza inclinada hacia un lado y una pérdida de coordinación en los movimientos de brazos y

piernas. Durante este tiempo, los músculos se tensan intensamente, causando que las manos se cierren en un puño y dando la sensación de una contracción rígida y prolongada en todo el cuerpo.

**Fase de contracciones clónicas:** Durante un período de 1 a 3 minutos, la mujer embarazada comienza a respirar nuevamente, mostrando una respiración ruidosa, con sonidos ásperos y dificultad respiratoria. La coloración azulada de la piel (cianosis) disminuye, al igual que la presión arterial elevada, mientras que el pulso se acelera. La paciente experimenta una serie de contracciones y movimientos bruscos durante este tiempo.

**Estado de coma:** Durante este estado, la paciente permanece con una coloración azulada en la piel, inconsciente y muestra presencia de espuma con sangre en la boca. La respiración es dificultosa y el pulso se encuentra acelerado. La presión arterial puede haber estado elevada o baja antes de la convulsión, y se observan pupilas dilatadas junto con la ausencia de reflejos. Puede haber entre 5 y 15 episodios de convulsiones o llevar al fallecimiento de la paciente, aunque existe la posibilidad de recuperación después del parto o tras el fallecimiento del bebé. (Ministerio de Salud Pública, 2017)

## **5. ASPECTO MÉDICO Y DE ENFERMERÍA DE ACUERDO CON SU PATOLOGÍA**

### **5.1. Motivo de consulta**

Ingreso por eclampsia severa

### **5.2. Antecedentes patológicos personales**

Padecimiento de asma constante desde los 13 años.

### **5.3. Antecedentes patológicos familiares**

No se informa de antecedentes patológicos familiares

### **5.4. Evolución médica**

La paciente Rocío, una mujer de 38 años con diagnóstico de preeclampsia severa en la semana 38.2 de gestación, ha experimentado una evolución médica bajo cuidados intensivos continuos y supervisión especializada.

Al momento de su ingreso, presentaba signos vitales inestables, con una presión arterial de 172/102 mmHg, una frecuencia cardíaca de 140 latidos por minuto y una frecuencia respiratoria de 30 respiraciones por minuto. Afortunadamente, su saturación de oxígeno en sangre (SPO2) se mantenía en niveles normales al 97%, T: 35.6°C, SCORE MAMA 15.

Examen de ultrasonido realizado el 15 de septiembre de 2023, mostró un peso fetal de 3667 gramos, una medida del hueso ilíaco adecuada, un diámetro biparietal de 100 milímetros y una placenta anterior que ha descendido a una posición más baja de grado II-III, según la evaluación obstétrica. Se constató la presencia de un único feto en posición longitudinal, con la cabeza hacia abajo y la espalda del lado izquierdo. La actividad uterina se registró a razón de 1 contracción cada 10 minutos durante 25 segundos, mostrando un tono uterino normal. La frecuencia cardíaca fetal fue de 145 latidos por minuto, y se observaron movimientos fetales continuos.

En el examen vaginal se encontró el cuello del útero en una posición posterior ligeramente abierto, con una formación y consistencia media. La dilatación del orificio cervical interno se encontraba cerrada, mientras que el orificio cervical externo permitía el paso de un dedo. Se registró un borramiento del cuello uterino del 20%, con la cabeza del feto móvil y unas membranas amnióticas intactas. Se notó la presencia de un flujo vaginal amarillo en cantidad considerable, pero sin mal olor, y se consideró la pelvis apta para el parto.

Desde su ingreso, Rocío ha sido sometida a un seguimiento riguroso de su condición y bienestar fetal. Los exámenes ecográficos han revelado un feto único vivo en posición longitudinal cefálica dorso izquierdo, con un peso adecuado de acuerdo con la edad gestacional. La actividad uterina se ha mantenido dentro de límites normales, con un tono uterino regular.

Dada la complejidad de su diagnóstico de preeclampsia severa y sus problemas respiratorios, Rocío continúa bajo observación y manejo médico intensivo en la unidad de cuidados intensivos obstétricos. Se están evaluando cuidadosamente las opciones de tratamiento y de parto, siempre con el objetivo de garantizar la salud y la seguridad tanto de la madre como del feto. El equipo médico está comprometido en proporcionar la atención más adecuada y oportuna para lograr un resultado favorable en este delicado contexto clínico.

#### **5.4.1. 17:47 04/10/2023**

La paciente muestra inestabilidad hemodinámica a lo largo del turno y reporta un aumento del dolor en el flanco izquierdo durante la noche. Su ritmo cardíaco es sinusal,

presenta una respiración automática con una buena entrada de aire, aunque su saturación es del 95%. En las últimas 4 horas, se ha observado una disminución en la producción de orina a pesar de no tener fiebre; sin embargo, los resultados de laboratorio muestran un recuento elevado de glóbulos blancos. Se ha tomado una muestra para realizar una gasometría.

Especialistas en ginecología y cirugía han evaluado su caso y han determinado que lo más adecuado es proceder con una cesárea.

El plan de tratamiento incluye:

- Control de signos vitales cada hora
- Supervisión continúa.
- Análisis de gases en sangre arterial.
- Medición de glucosa capilar cada 8 horas.
- Cuidados integrales de enfermería, incluyendo higiene bucal y corporal, entre otros.
- Medidas anti escaras
- Control preciso de líquidos ingresados y eliminados.
- Nifedipino 20 mg cada 8 horas
- Uso de Alfametildopa 250 mg cada 12 horas.
- Administración de Sulfato de magnesio mediante 10 ampollas diluidas en 400cc de solución salina, a un ritmo de 17 gotas por minuto.

#### **5.4.2. 13:19 05/10/2023**

Durante la estancia de la paciente, ha reportado dolor de cabeza, fatiga y malestar en el costado izquierdo. Después de la evaluación verbal del ginecólogo, se ha decidido trasladar a la paciente al área de obstetricia para realizar una cesárea, dado que su estado hemodinámico se mantiene estable, con una presión arterial de 128/87 y frecuencia cardíaca de 104 pulsaciones por minuto. Se espera realizar un seguimiento biométrico, observando mejoría en la producción de orina y sin evidencia de fiebre.

El plan de atención incluye:

- Restricción de sal en la dieta.



- Monitoreo regular de signos vitales.
- Evaluación periódica del estado obstétrico.
- Mantenimiento de la higiene bucal y baño diario.
- Cambios frecuentes de postura.
- Control regular de los niveles de glucosa en sangre.
- Riguroso seguimiento de la producción de orina.
- Control estricto del balance hídrico y de líquidos ingresados y eliminados.
- Tratamiento farmacológico con Nifedipino 20 mg cada 8 horas, Alfametildopa 250 mg cada 12 horas y Sulfato de magnesio administrado a 17 gotas por minuto en una solución fisiológica.
- Suplementación con Hierro + Ácido fólico a diario.
- Análisis de laboratorio incluyendo biometría, creatinina, urea, pruebas hepáticas, electrolitos, evaluación de proteínas en la orina y gasometría

### **5.5. Evolución de enfermería diaria**

### **5.6. 21:00 04/10/2023**

Usuaría de 38 años con diagnóstico de Eclampsia

#### **Situación:**

La paciente presenta dolor de cabeza y fatiga.

#### **Observación:**

La usuaria muestra inestabilidad hemodinámica pero se encuentra sin fiebre. Se está administrando cloruro de sodio y sulfato de magnesio mediante una bomba de infusión, siguiendo la prescripción médica. Recibe cuidados de enfermería y sus signos vitales son: presión arterial 152/98, temperatura 36.5°C, frecuencia cardíaca 98 por minuto, frecuencia respiratoria 22 por minuto y saturación de oxígeno del 98%.

#### **Análisis:**

El agotamiento está relacionado con el estado de la enfermedad.

**Plan:**

Proporcionar cuidados de enfermería y apoyo emocional. Garantizar la seguridad y comodidad de la paciente. Implementación: Monitoreo de signos vitales, administración de medicamentos, seguimiento de la producción de orina, educación sobre el tratamiento, promoción del vínculo temprano entre la madre y el bebé, y apoyo emocional.

**Evaluación:**

Continuar brindando cuidados de enfermería y apoyo emocional.

**5.7. 17:00 05/10/2023**

La paciente tiene un diagnóstico de eclampsia.

**Situación:**

Experimenta dolor y fatiga.

**Observación:**

La paciente está consciente, orientada en tiempo y espacio, con estabilidad hemodinámica, sin fiebre, y muestra mejoría en su presión arterial. Recibe cuidados de enfermería y se le administra la medicación prescrita. Sus signos vitales son: presión arterial 132/98, temperatura 36.5, frecuencia cardíaca 98 por minuto, frecuencia respiratoria 19 por minuto, y saturación del 98%. El puntaje de evaluación de su condición es de 5.

**Análisis:**

El exceso de líquidos se relaciona con la disfunción de los mecanismos reguladores.

**Plan:**

Mantener la estabilidad hemodinámica.

**Implementación:**

Proveer cuidados de enfermería, monitorear los signos vitales, administrar la medicación prescrita, ofrecer apoyo y educación, garantizar seguridad y comodidad, y registrar los datos del paciente según las instrucciones médicas.

**Evaluación:**

La paciente permanece en reposo en la unidad, bajo la observación continua del personal médico y de enfermería.

## 5.8. TRATAMIENTO

- Biometría hemática completa.
- Modificaciones en la postura corporal.
- Atenciones de enfermería, incluyendo higiene personal, baño y cuidado bucal, con control de los signos vitales cada 3 horas.
- Administración de una solución intravenosa de cloruro de sodio al 0.9%, 1000 ml durante 1 día (para hidratación).
- Suplemento oral de hierro más ácido fólico, 600 mg + 400 CG diariamente.
- Sulfato de magnesio administrado en 10 ampollas disueltas en 400 cc de solución salina a un ritmo de 17 gotas por minuto.
- Nifedipino en forma de pastillas de 20 mg cada 8 horas.
- Alfametildopa, dosis de 250 mg cada 12 horas

## 5.9. EXAMEN DE LABORATORIO

### *Pruebas bioquímicas*

<b>Pruebas</b>	<b>Resultados</b>	<b>Valor Normal</b>
Transaminasa Glutámico Oxalacética	43,3 U/L	<31U/L
Transaminasa Glutámico Pirúvica	40,4 U/L	<32U/L

*Fuente: Exámenes de Rocío Isabel Vera Cevallos*

*Autor: Angie Annabel Pazmiño Castañeda*

### *Hemostasia y Coagulación*

<b>Pruebas</b>	<b>Métodos</b>	<b>Resultados</b>	<b>Unidades</b>	<b>Valor de referencia</b>
T. Protrombina	Coagulometría	13.9	Segundos	10.4 - 14.1
Control TP		11.9		11.9
INR		1.20		0.9 – 1.2
Actividad Protrombínica	Coagulometría	77.3	%	70 - 120

T. Tromboplastina

43.1

Segundos

26 - 44

*Fuente: Exámenes de Exámenes de Rocío Isabel Vera Cevallos  
Autor: Angie Annabel Pazmiño Castañeda*

*Bioquímica Sanguínea*

<b>Pruebas</b>	<b>Métodos</b>	<b>Resultados</b>	<b>Unidades</b>	<b>Valor de referencia</b>
Urea	Bioquímica automatizada	22.6	Mg/dl	15 – 45
Creatinina	Bioquímica automatizada	0.6	Mg/dl	Mujeres: 0.6 -1.2
Bilirrubina Total	Bioquímica automatizada	0.84	Mg/dl	Mujeres: 0.9
Bilirrubina Directa	Bioquímica automatizada	0.22	Mg/dl	Mujeres: 0.00 -0.20
Bilirrubina Indirecta	Bioquímica automatizada	0.62	Mg/dl	

*Fuente: Exámenes de Exámenes de Rocío Isabel Vera Cevallos  
Autor: Angie Annabel Pazmiño Castañeda*

**5.10. DESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA**

*Medicamentos Encontrados – Cloruro de sodio*

<b>Mecanismo de acción:</b>	Regula la disposición del líquido vital en el cuerpo y preserva la armonía de los fluidos
<b>Indicaciones:</b>	0.45% Deshidratación con mayor concentración debido a la amplificación de pérdidas perceptibles o por filtración osmótica. 0.9% Deshidratación con variación en la tonicidad, disminución de cloruro, disminución del volumen sanguíneo, utilidad para la administración de tratamientos y componentes electrolíticos. 2% Considerables reducciones de sal sin la correspondiente pérdida de agua, desequilibrios relativos de sodio (disminución de la proporción sodio/agua).
<b>Contraindicaciones:</b>	Respuestas exageradas del cuerpo, exceso de cloruro, niveles elevados de sodio, situaciones de exceso de líquidos o sobrecarga de agua, bajos niveles de potasio, acidificación, acumulación de líquidos en pacientes con problemas en el corazón, el hígado o los riñones.

<b>Efectos Adversos:</b>	Exceso de líquidos en el cuerpo, aumento de sodio y cloruro, desequilibrio ácido en el metabolismo, desarrollo de hinchazón.
<b>Dosis:</b>	Ajustadas por el médico para satisfacer las demandas específicas del paciente en términos clínicos.
<b>Vía de administración:</b>	Por vena intravenosa.

*Autor: Angie Annabel Pazmiño Castañeda*

### *Hierro elemental – Ácido fólico*

<b>Mecanismo de acción:</b>	Medicamento para contrarrestar la anemia
<b>Indicaciones:</b>	Evitar y manejar la falta de glóbulos rojos causada por la escasez de hierro junto con la escasez de ácido fólico.
<b>Contraindicaciones:</b>	Respuestas exageradas del sistema inmunitario, acumulación excesiva de hierro, anemia con glóbulos rojos anormalmente grandes debido a la falta de vitamina B12.
<b>Efectos Adversos:</b>	Malestares del sistema digestivo, tales como molestias estomacales, problemas de evacuación intestinal o estreñimiento.
<b>Dosis:</b>	De acuerdo al periodo de gestación, una dosis diaria entre 30 y 60 miligramos.
<b>Vía de administración:</b>	Por vía oral.

*Autor: Angie Annabel Pazmiño Castañeda*

### *Sulfato de Magnesio*

<b>Mecanismo de acción:</b>	El magnesio, un ion mayormente dentro de las células, reduce la sensibilidad de las neuronas y la comunicación entre los nervios y los músculos. Participa en muchas reacciones con enzimas y es un componente esencial; la mitad del magnesio en el cuerpo está en los huesos.
<b>Indicaciones:</b>	Terapia para resolver la torsión de puntas. Suministro de magnesio para restablecer el equilibrio de sales: manejo de niveles bajos de magnesio y tratamiento de la disminución aguda de potasio relacionada con bajos niveles de magnesio. Prevención y tratamiento de las convulsiones en casos de eclampsia.



---

**Contraindicaciones:**

Reacciones alérgicas; Daño renal severo (filtración glomerular menor de 30 ml por minuto); no se aconseja junto con medicamentos derivados de la quinidina; ritmo cardíaco acelerado; fallo cardíaco; daño en el músculo cardíaco; ataque cardíaco; Problemas graves en el hígado.

---

**Efectos Adversos:**

Disminución de respuestas automáticas del cuerpo; presión arterial baja, enrojecimiento; sensación de calor, bajada de temperatura y molestias en el área de la inyección; dificultad para respirar debido a la interrupción en la comunicación entre los nervios y los músculos.

---

**Dosis:**

Tratamiento para resolver la torsión de puntas: una inyección intravenosa inicial de 8 milimoles del catión magnesio seguida por una infusión continua de entre 0.012 y 0.08 milimoles por minuto del catión magnesio, equivalente a una dosis de 3 a 20 miligramos por minuto de sulfato de magnesio.

Para tratar la disminución repentina de potasio relacionada con bajos niveles de magnesio: una infusión intravenosa diaria de 24 a 32 milimoles del catión magnesio, es decir, entre 6 y 8 gramos al día de sulfato de magnesio.

Aportes de magnesio durante el restablecimiento del equilibrio de sales y la nutrición intravenosa: una infusión intravenosa diaria de 6 a 8 milimoles del catión magnesio, alrededor de 1.5 a 2 gramos al día de sulfato de magnesio.

Tratamiento preventivo y curativo de convulsiones durante la eclampsia: una infusión intravenosa inicial de 16 milimoles del catión magnesio, equivalente a 4 gramos de sulfato de magnesio, administrada durante 20 a 30 minutos; si persisten los síntomas, se administra otra infusión de 16 milimoles. La dosis máxima acumulada es de 32 milimoles del catión magnesio durante la primera hora, es decir, 8 gramos de sulfato de magnesio. Después, se realiza una infusión continua de 8 a 12 milimoles del catión magnesio por hora, equivalente a 2 a 3 gramos por hora de sulfato de magnesio, durante las 24 horas siguientes a la última crisis.

---

**Vía de administración:**

Por vía intravenosa.

*Autor: Angie Annabel Pazmiño Castañeda*

*Nifedipino*

<b>Mecanismo de acción:</b>	Bloquea la entrada de iones de calcio hacia los músculos del corazón y los músculos lisos de las arterias del corazón y los vasos sanguíneos fuera del corazón.
<b>Indicaciones:</b>	Angina crónica estable tratada en conjunto, angina vasoespástica, enfermedad de Raynaud, presión arterial alta.
<b>Contraindicaciones:</b>	Respuesta alérgica a Nifedipino; colapso cardiovascular; uso simultáneo con rifampicina. Nifedipino de acción rápida no se recomienda en casos de angina inestable o si ha habido un infarto de miocardio en las últimas 4 semanas.
<b>Efectos Adversos:</b>	Dolor de cabeza, vértigo; hinchazón, dilatación de vasos sanguíneos; dificultad para evacuar; sensación de malestar.
<b>Dosis:</b>	Cápsulas de liberación rápida. Tratamiento combinado para angina de pecho crónica estable, angina vasoespástica y enfermedad de Raynaud: dosis inicial de 10 miligramos cada 8 horas, máximo de 20 miligramos cada 8 horas. Tabletas de liberación modificada "Retard". Para angina de pecho crónica estable en tratamiento combinado y presión arterial alta: dosis inicial de 20 miligramos dos veces al día, máximo de 60 miligramos al día. Tabletas de liberación prolongada. Para angina de pecho crónica estable en tratamiento combinado y presión arterial alta: dosis inicial de 30 miligramos al día, máximo de 120 miligramos al día. Administrar en una sola dosis.
<b>Vía de administración:</b>	Por vía oral.

*Autor: Angie Annabel Pazmiño Castañeda*

*Alfametildopa*

<b>Mecanismo de acción:</b>	Disminuye la actividad del sistema nervioso simpático. Medicamento para la presión arterial alta.
<b>Indicaciones:</b>	Hipertensión arterial
<b>Contraindicaciones:</b>	Hepatitis aguda, cirrosis activa, feocromocitoma, hipersensibilidad a metildopa
<b>Efectos Adversos:</b>	Estado de calma, sensación de desequilibrio, confusión y señales de dificultades en el flujo sanguíneo del cerebro, presión arterial

---

	baja al cambiar de posición, hinchazón, malestar estomacal, cansancio, dificultades en la función sexual, reducción del deseo sexual y sensación de boca seca
<b>Dosis:</b>	En el plan A, se emplea la alfametildopa a una cantidad de 250 mg cada 8 horas, pudiendo añadirse la hidralazina (10 mg cada 6 horas) hasta llegar a una dosis máxima de 200 mg al día para esta y 1,500 mg al día para la alfametildopa
<b>Vía de administración:</b>	Por vía oral.

---

*Autor: Angie Annabel Pazmiño Castañeda*

## 6. PROBLEMAS O FENÓMENOS OBSERVADOS

### 6.1. Signos y síntomas (directos e indirectos)

- Malestar en el abdomen (D)
- Molestias de cabeza (I)
- Presencia de proteínas en la orina (D)
- Presión arterial alta (D)
- Pérdida de conocimiento (D)
- Aceleración del ritmo cardíaco (D)
- Problemas de visión difusa (I)
- Episodios de movimientos corporales incontrolados (D)
- Reducción en la producción de orina (D)

### 6.2. Explicación científica de los fenómenos observados

**Malestar en la región abdominal:** El malestar abdominal en la paciente con eclampsia severa puede estar asociado con la disfunción multisistémica que provoca la enfermedad, afectando la perfusión y oxigenación de los órganos abdominales. Además, el edema y la hipertensión pueden contribuir a la sensación de malestar en esta área. Como personal de enfermería, es fundamental monitorear continuamente estos síntomas y ajustar las intervenciones para aliviar el dolor y mejorar la comodidad de la paciente.

**Dolor de cabeza:** El dolor de cabeza en esta paciente es una manifestación clásica de la eclampsia, relacionada con la hipertensión severa. La presión arterial elevada aumenta la presión intracraneal, causando cefaleas intensas. Es importante como enfermero monitorear la intensidad del dolor y la respuesta a los antihipertensivos administrados, proporcionando apoyo y educación para manejar este síntoma.

**Presencia de proteínas en la orina:** La proteinuria es un signo indicativo de daño renal en el contexto de la preeclampsia. La disfunción endotelial causada por la hipertensión compromete la filtración glomerular, permitiendo que las proteínas se filtren en la orina. El seguimiento de los niveles de proteína en la orina es esencial para evaluar la progresión de la enfermedad y ajustar el plan de cuidados en consecuencia.

**Presión arterial elevada:** La presión arterial elevada observada en la paciente es un síntoma central de la preeclampsia, resultante de la vasoconstricción sistémica y la retención de líquidos. Como enfermero, es crucial realizar un monitoreo riguroso de la presión arterial, ajustando la medicación y aplicando intervenciones que ayuden a mantenerla dentro de los límites seguros para prevenir complicaciones graves como convulsiones.

**Ritmo cardíaco acelerado:** La taquicardia observada en la paciente puede estar relacionada con la sobrecarga cardiovascular inducida por la eclampsia y la ansiedad asociada con su condición. Es esencial que el personal de enfermería monitoree la frecuencia cardíaca y evalúe la necesidad de intervenciones para controlar la respuesta cardiovascular, garantizando un enfoque integral en el cuidado de la paciente.

**Reducción anormal en la cantidad de orina producida en 24 horas:** Disminución anormal en el volumen de orina emitida durante el transcurso de un día.

## **7. ROL DE ENFERMERÍA CON RELACIÓN AL CASO CLÍNICO**

Los conjuntos de comportamientos que conforman los patrones funcionales de salud, según Marjory Gordon, son una serie de aspectos compartidos por la mayoría de las personas, los cuales influyen en su bienestar, calidad de vida y capacidad para alcanzar su máximo potencial humano. Estos patrones se desarrollan y manifiestan a lo largo del tiempo en un orden secuencial. Estas áreas, definidas por Marjory Gordon, comprenden 11 aspectos relacionados con la salud. Estos enfoques funcionales, de desarrollo y culturales pueden aplicarse en diferentes campos, especialidades médicas y grupos de edad. Los patrones se configuran a partir de las descripciones proporcionadas por el individuo y las observaciones realizadas por

el personal de enfermería. Comprender un patrón puede resultar desafiante hasta que se evalúen todos los patrones, dado el carácter interdependiente que presentan estos patrones funcionales. (Martínez et al., 2014)

Dentro de los patrones funcionales encontramos 5 afectados:

- Patrón 1: Percepción-manejo de la salud
- Patrón 2: Nutricional-metabólico.
- Patrón 3: Eliminación
- Patrón 4: Actividad-ejercicio.

En este patrón, se observa que la paciente experimenta severas dificultades para realizar actividad física debido a la fatiga extrema y la disnea causada por la insuficiencia respiratoria y la preeclampsia. La falta de movilidad afecta su capacidad para realizar actividades cotidianas, como desplazarse por su hogar o subir escaleras, lo que requiere intervenciones de enfermería para prevenir complicaciones adicionales como caídas o deterioro físico.

- Patrón 5: Sueño y descanso
- Patrón 6: Cognitivo-perceptual.

La paciente ha experimentado una convulsión como parte de las complicaciones de la preeclampsia, lo que afecta su capacidad cognitiva y percepción del entorno. Además, la falta de conocimiento sobre su condición y tratamiento limita su capacidad para tomar decisiones informadas y participar en su recuperación. Este patrón resalta la necesidad de apoyo educativo y psicológico para mejorar su entendimiento y manejo de su salud.

- Patrón 7: Autopercepción y autoconcepto
- Patrón 8: Rol y relaciones
- Patrón 9: Sexualidad-reproducción
- Patrón 10: Adaptación-tolerancia al estrés.

La insuficiencia respiratoria y la preeclampsia han generado altos niveles de ansiedad y preocupación en la paciente. Su estrés está vinculado a las complicaciones de salud, lo que ha elevado su presión arterial. La atención de enfermería en este aspecto se enfoca en

proporcionar apoyo emocional, reducir la ansiedad mediante técnicas de relajación, y crear un ambiente de confianza para mejorar su capacidad de adaptación.

- Patrón 11: Valores y creencias

*Patrones y Diagnóstico*

<b>Patrón</b>	<b>Diagnostico</b>
Patrón 4: Actividad-ejercicio	Deterioro de la capacidad para realizar actividades cotidianas relacionado con la fatiga severa secundaria a la insuficiencia respiratoria y la hipertensión asociada a la preeclampsia, manifestado por la limitación en la movilidad y el riesgo aumentado de caídas.
Patrón 6: Cognitivo- perceptual	Sensaciones de ansiedad y miedo relacionadas con la dificultad respiratoria secundaria a la insuficiencia respiratoria y la preeclampsia, manifestadas por confusión, episodios convulsivos, alteración de la percepción sensorial, inquietud, dificultad para concentrarse, pensamientos desorganizados y dificultad para seguir instrucciones, lo que interfiere con la capacidad de la paciente para comprender su entorno y manejar su condición de salud.
Patrón 10: Adaptación- tolerancia al estrés	Cambios en el patrón de sueño o en el apetito relacionados con el estrés emocional y la ansiedad secundaria a las complicaciones del embarazo, incluyendo la insuficiencia respiratoria y la preeclampsia, manifestados por insomnio, despertares frecuentes durante la noche, disminución del apetito, pérdida de peso, fatiga constante y dificultad para relajarse, lo que agrava su estado de preocupación y afecta negativamente su bienestar físico y emocional.

*Autor: Angie Annabel Pazmiño Castañeda*

## 8. PLAN DE CUIDADOS

### 8.1. Plan de cuidados #1

*Plan de cuidados #1 (Patrón 4: Actividad-ejercicio)*

	<b>Diagnostico NANDA</b>	<b>Intervenciones NIC</b>	<b>Resultados NOC</b>
<b>Dominio 4</b> Actividad/Descanso  <b>Clase 1</b> Energía y movilidad  <b>Código de diagnóstico</b> 00092	Deterioro de la capacidad para realizar actividades cotidianas relacionado con la fatiga severa, manifestado por la limitación en la movilidad y el riesgo aumentado de caídas.	<p><b>Manejo de la energía (0180)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Planificar actividades con períodos de descanso adecuados, optimizando la energía disponible de la paciente.</li> </ul> <p><b>Terapia de ejercicio (4320)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ayudar a la paciente a realizar ejercicios de deambulación progresiva, adaptando la intensidad según la tolerancia de la paciente</li> </ul> <p><b>Manejo de la actividad (0200)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Promover actividades físicas ligeras y graduales, evitando el sobreesfuerzo y asegurando un balance adecuado entre ejercicio y descanso.</li> </ul> <p><b>Manejo de la disnea (3140)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Monitorizar la frecuencia respiratoria y la disnea durante la actividad física, asegurando intervenciones inmediatas si hay signos de fatiga excesiva o dificultad respiratoria</li> </ul>	<p><b>Conservación de la energía (0002)</b></p> <p>La paciente distribuirá adecuadamente su energía durante las actividades diarias, evitando la aparición de fatiga y disnea</p> <p><b>Nivel de tolerancia de la actividad (0212)</b></p> <p>La paciente demostrará una mejor tolerancia al esfuerzo físico progresivo, con reducción de la disnea y fatiga durante las actividades</p> <p><b>Respuesta cardiorrespiratoria (0410)</b></p> <p>La paciente mantendrá una respuesta cardiorrespiratoria estable durante el ejercicio físico, con una disminución gradual de los síntomas de disnea</p>

*Autor: Angie Annabel Pazmiño Castañeda*

## 8.2. Plan de cuidados #2

### Plan de cuidados #2 (Patrón 6: Cognitivo-perceptual)

	<b>Diagnostico NANDA</b>	<b>Intervenciones NIC</b>	<b>Resultados NOC</b>
<b>Dominio 5</b> Percepción cognitiva	Sensaciones de ansiedad y miedo relacionadas con la dificultad	<b>Estimulación cognitiva (4720)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar actividades planificadas que promuevan la comprensión del entorno y mejoren las capacidades cognitivas de la paciente.</li> </ul>	<b>Función Cognitiva (0906)</b> Proporcionar tranquilidad a la paciente ofreciendo respaldo emocional y explorar métodos de conexión, como por ejemplo, prácticas de respiración.
<b>Clase 2</b> Procesos perceptuales	respiratoria, manifestado por, dificultad para concentrarse.	<b>Manejo del entorno (6486)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Crear un ambiente que favorezca la estimulación adecuada y evite sobrecargas sensoriales que puedan causar confusión.</li> </ul>	<b>Memoria (0908)</b> La paciente será capaz de recordar información reciente con mayor claridad, disminuyendo la frecuencia de episodios respiratorios
<b>Código de diagnóstico</b> 00128		<b>Orientación a la realidad (4820)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Promover la conciencia de la paciente sobre su identidad personal, el tiempo y el entorno, utilizando estímulos y recordatorios adecuados.</li> </ul>	<b>Claridad de pensamiento (0907)</b> La paciente mejorará en su capacidad para seguir instrucciones y mantener la coherencia en su conversación y comportamiento

*Autor: Angie Annabel Pazmiño Castañeda*

### 8.3. Plan de cuidados #3

*Plan de cuidados #3 (Patrón 10: Adaptación-tolerancia al estrés)*

	<b>Diagnostico NANDA</b>	<b>Intervenciones NIC</b>	<b>Resultados NOC</b>
<b>Dominio 9</b> Afrontamiento / tolerancia al estrés  <b>Clase 2</b> Respuestas de afrontamiento  <b>Código de diagnóstico</b> 00146	Cambios en el patrón de sueño relacionados con el estrés emocional y la ansiedad, incluyendo la insuficiencia respiratoria manifestados por insomnio durante la noche, fatiga constante y dificultad para relajarse.	<b>Disminución de la ansiedad (5820)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emplear un enfoque tranquilo y que genere confianza al explicar detalladamente todos los procedimientos, incluyendo las sensaciones que podrían experimentarse durante el proceso.</li> <li>• Prestar atención activa y crear un entorno propicio que fomente la confianza, intentando comprender la perspectiva del paciente en situaciones estresantes.</li> <li>• Reconocer variaciones en los niveles de ansiedad.</li> </ul> <b>Técnica de relajación (5880)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener una conversación con el paciente.</li> <li>• Disminuir o suprimir las causas de miedo o ansiedad.</li> <li>• Permanecer junto a la persona afectada.</li> </ul>	<b>Nivel de ansiedad (1211)</b>  Proporcionar tranquilidad a la paciente ofreciendo respaldo emocional y explorar métodos de conexión, como por ejemplo, prácticas de respiración.

*Autor: Angie Annabel Pazmiño Castañeda*

## 9. CONCLUSIONES

- La identificación y comprensión de las alteraciones fisiológicas y anatómicas que ocurren durante el embarazo es fundamental para el manejo de la insuficiencia respiratoria en gestantes. Este estudio ha evidenciado que un conocimiento sólido sobre las causas, síntomas y complicaciones de la insuficiencia respiratoria permite al personal de enfermería anticipar y manejar de manera efectiva los desafíos que estas condiciones representan tanto para la madre como para el feto, mejorando así los resultados clínicos.
- El análisis de los factores de riesgo preexistentes y las complicaciones del embarazo que predisponen a la insuficiencia respiratoria ha demostrado la importancia de un monitoreo riguroso y una intervención temprana. Identificar condiciones como la hipertensión, la obesidad y las enfermedades respiratorias crónicas permite al equipo de enfermería implementar medidas preventivas adecuadas, lo que es esencial para mitigar el riesgo de complicaciones graves y optimizar la salud materno-fetal.
- La planificación de las intervenciones de enfermería basadas en diagnósticos precisos es crucial para abordar los problemas y necesidades específicos de las pacientes embarazadas con insuficiencia respiratoria. A través de la implementación de planes de cuidado individualizados que incluyen el manejo de líquidos, la monitorización neurológica y la reducción de la ansiedad, el personal de enfermería juega un papel vital en la estabilización del estado de salud de la paciente y en la prevención de complicaciones adicionales, garantizando un cuidado integral y efectivo.

## 10. RECOMENDACIONES

- Es fundamental que se implemente un programa de formación continua para el personal de enfermería que incluya el manejo de condiciones críticas como la insuficiencia respiratoria en gestantes. Este programa debe abarcar desde la identificación temprana de los síntomas hasta la aplicación de intervenciones basadas en evidencia, asegurando que el personal esté preparado para brindar una atención óptima en situaciones de alta complejidad.
- Se recomienda el establecimiento de protocolos estrictos de monitorización continua para pacientes gestantes con riesgo de insuficiencia respiratoria. Esto incluye la evaluación constante de los signos vitales, la saturación de oxígeno y la función neurológica, lo cual permitirá una intervención rápida y eficaz ante cualquier indicio de deterioro en la condición de la paciente.
- Es esencial fomentar la colaboración y comunicación efectiva entre los diferentes profesionales de la salud involucrados en el cuidado de la gestante, incluyendo obstetras, intensivistas y enfermeros. Un enfoque multidisciplinario coordinado es clave para el manejo integral de la insuficiencia respiratoria y otras complicaciones asociadas al embarazo, garantizando así mejores resultados para la madre y el feto.

## 11. BIBLIOGRAFÍA

- Pozos Cortés, K. P., Deloya Tomas, E., Pérez Nieto, O. R., Miranda Contreras, A., González Rangel, L. J., Díaz Carrillo, M. A., & Soriano Orozco, R. (2019). Síndrome de dificultad respiratoria aguda severo en el embarazo. Revisión de la literatura y reporte de dos casos. *Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica)*, 33(4), 209-214. Recuperado el 1 de Junio del 2023 de [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-89092019000400209&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-89092019000400209&script=sci_arttext)
- Jensen, D., Webb, K. A., Davies, G. A., & O'Donnell, D. E. (2014). Mechanical ventilatory constraints during incremental cycle exercise in human pregnancy: implications for respiratory sensation. *The Journal of physiology*, 586(19), 4735-4750. Recuperado el 1 de Junio del 2023 de <https://physoc.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1113/jphysiol.2008.158154>
- Contreras-Zúñiga, E., Sanabria, F., Zuluaga-Martínez, S. X., & Casas-Quiroga, I. C. (2014). Asma bronquial y embarazo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 58(3), 213-221. Recuperado el 1 de Junio del 2023 de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342007000300007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342007000300007&script=sci_arttext)
- Correa Aquituari, G. P. (2019). Factores de riesgo asociados a mortalidad materna en los hospitales de la ciudad de Iquitos entre enero a diciembre 2017. Recuperado el 1 de Junio del 2023 de <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/777>
- Cabello, H., & Manieu, D. (2014). Enfermedades Respiratorias en el embarazo. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 19(3), 160-165. Recuperado el 30 de Junio del 2023 de [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-73482003000300004&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-73482003000300004&script=sci_arttext&tlng=en)
- Noble, P. W., Lavee, A. E., & Jacobs, M. M. (1988). Respiratory diseases in pregnancy. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 15(2), 391-428. Recuperado el 30 de Junio del 2023 de <https://europepmc.org/article/med/3067169>
- Stone, S., & Nelson-Piercy, C. (2015). Respiratory disease in pregnancy. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 20(1), 14-21. Recuperado el 30 de Junio del 2023 de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S175172140900181X>

- Maldonado-Durán, M., & Lartigue, T. (2014). Trastornos de ansiedad en la etapa perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22(2), 100-110. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=21182>
- San Román Diego, M. A. (2016). Aumento del peso durante el embarazo: Modificaciones fisiológicas relacionadas con la ganancia de peso y necesidades nutricionales. <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/3948>
- Sánchez-Muniz, F. J., Gesteiro, E., Espárrago Rodilla, M., Rodríguez Bernal, B., & Bastida, S. (2014). La alimentación de la madre durante el embarazo condiciona el desarrollo pancreático, el estatus hormonal del feto y la concentración de biomarcadores al nacimiento de diabetes mellitus y síndrome metabólico. *Nutrición Hospitalaria*, 28(2), 250-274. <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v28n2/02revision01.pdf>
- Sánchez Valdivia, A., & Sánchez Padrón, A. (2014). Distress respiratorio agudo en el embarazo. *Revista cubana de obstetricia y ginecología*, 32(1), 0-0. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2006000100008&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2006000100008&script=sci_arttext&tlng=en)
- de Agüero Laborda, R. G. (1982). *Análisis de las modificaciones de la función pulmonar durante el embarazo* (Doctoral dissertation, Universidad de Zaragoza). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=206387>
- Mera, T. M. A., Salcedo, E. D. L., & Coello, H. M. C. (2019, August). Reeducción Postural Global en Gestantes con trastornos biomecánicos de la columna vertebral. In *Biblioteca Colloquium*. <https://www.colloquiumbiblioteca.com/index.php/web/article/view/15>
- Martinez Hernandez, D. E. (2016). *Proceso enfermero en Neonato de 33.1 semanas de Gestación con enfermedad de membrana hialina según la teoría de Abraham Maslow* (Bachelor's thesis, Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo, 2016). <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/3014>
- Hosp, J. D. S. D. A., Sardá, M. I. R., Aires, B., de Planta, A., Sardá, G. H. M. I. R., Infantil, M. D. G. H. M., & Aires, R. S. B. (2015). Cambios anatómicos y fisiológicos del embarazo: sus implicancias anestesiológicas. *Revista Argentina de Anestesiología*, 339. [https://www.anestesia.org.ar/search/articulos\\_completos/1/1/188/c.pdf](https://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/188/c.pdf)

- Carrillo-Mora, P., García-Franco, A., Soto-Lara, M., Rodríguez-Vásquez, G., Pérez-Villalobos, J., & Martínez-Torres, D. (2021). Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 64(1), 39-48. <https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0026-17422021000100039>
- Míguez Varela, M. C., & Pereira, B. (2020). Prevalencia y factores de riesgo del consumo de tabaco en el embarazo temprano. *Revista española de salud pública*, 92, e201805029. <https://www.scielosp.org/article/resp/2018.v92/e201805029/es/>
- Reyna-Villasmil, N., Mejia-Montilla, J., & Reyna-Villasmil, E. (2021). Obesidad, complicaciones del embarazo y salud femenina a largo plazo. *Rev Obstet Ginecol Venez*, 81(2), 162-169. [https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2022/10/2021\\_vol81\\_num2\\_9.pdf](https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2022/10/2021_vol81_num2_9.pdf)
- Wikipedia. (2023). Hipercapnia. *Wikipedia*. <https://es.wikipedia.org/wiki/Hipercapnia>
- Moya, V. S. R., Martínez, I. A. P., de Mola Bueno, Y. L., & Casañas, E. D. (2014). The use of exogenous surfactants in a pediatric case of hypoxemic acute respiratory insufficiency. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 18(1), 100-109. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=48130>
- Lambert G, B. J. (2017). *medigraphic*. Recuperado el 10 de Octubre de 2023 de <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2015/cmas151x.pdf>
- Sanchez, A. (MAYO de 2016). *Proceso de atención de enfermería parapaciente con eclampsia*. Recuperado el 10 de Octubre de 2023 de <http://ninive.uaslp.mx/jspui/bitstream/i/4630/1/PCE%20de%20paciente%20con%20eclamp>
- Ministerio de Salud Pública. (MARZO de 2017). *Trastorno Hipertensivo en el Embarazo*. Recuperado el 10 de Octubre de 2023 de [https://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/2017/03/MSP\\_Trastornoshipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf](https://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/2017/03/MSP_Trastornoshipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf)
- Gabbe SG, N. J. (2017). *Hospital Internacional de Colombia*. Recuperado el 10 de Octubre de 2023 de <http://www.fcv.org/site/experiencia-del-paciente/enfermedades-ytratamientos-a-z/e/342-eclampsia>

- Haram, K. S. (2018). *Clinical issues and management*. Recuperado el 10 de Octubre de 2023 de <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2393-9-8.pdf>
- Allnutt, D. D. (2020). *PROTOCOLOS DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA PARA EMERGENCIAS MEDICAS*. Recuperado el 10 de Octubre de 2023 de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/PROTOCOLOS%20DE%20ATENCI%C3%93N%20PREHOSPITALARIA%20PARA%20EMERGENCIAS%20M%C3%89DICAS.pdf>
- Cruz Santos, D. L. (5 de septiembre de 2017). *Universidad Catolica de Guayaquil*. Recuperado el 10 de Octubre de 2023 de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/9336>
- Amezquita Samatelo, C. J. (2020). *Universidad Jose Carlos Mariategui*. Recuperado el 10 de Octubre de 2023 de [http://3.17.44.64/bitstream/handle/20.500.12819/831/Cecilia\\_trabajoacademico\\_tesis\\_2020.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://3.17.44.64/bitstream/handle/20.500.12819/831/Cecilia_trabajoacademico_tesis_2020.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- Linares Rivera, C. H. (2018). *Universidad de Guayaquil*. Recuperado el 10 de Octubre de 2023 de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31553>
- Bachiller Parra, V. N. (2014). *Comportamiento de la frecuencia cardiaca y la saturación de oxígeno durante una prueba de esfuerzo máxima en mujeres embarazadas sanas a 2,640 m sobre el nivel del mar: estudio piloto*. Recuperado el 10 de Octubre de 2023 de <https://repositorio.unbosque.edu.co/handle/20.500.12495/9085>
- Amezquita Samatelo, C. J. (2020). *Universidad Jose Carlos Mariategui*. Recuperado el 10 de Octubre de 2023 de [http://3.17.44.64/bitstream/handle/20.500.12819/831/Cecilia\\_trabajoacademico\\_tesis\\_2020.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://3.17.44.64/bitstream/handle/20.500.12819/831/Cecilia_trabajoacademico_tesis_2020.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- (Ministerio de Salud Pública, 2016) Recuperado el 10 de Octubre de 2023 de <https://enlace.17d07.mspz9.gob.ec/biblioteca/prov/guias/guias/Score%20mamá,%20claves%20y%20D.E.R.%20Obstétricos.pdf>
- Martínez-López, M. A., Pérez-Constantino, M., & Montelongo-Meneses, P. P. (2014). Proceso de Atención de Enfermería a una lactante con neumonía basado en patrones funcionales de Marjory Gordon. *Enfermería universitaria*, 11(1), 36-43. Recuperado el 10 de



Octubre

de

2023

de

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706314726624>

## 12. ANEXOS

### 12.1. Anexo 1

#### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

- **Nombres:** Rocío Isabel Vera Cevallos
- **Historia clínica:** 515687
- **Cédula:** 1718634171
- **Sexo:** Femenino
- **Edad:** 38
- **Nacionalidad:** ecuatoriana
- **Lugar de procedencia:** El Carmen – Santa María
- **Diagnostico medico:** Eclampsia

### 12.2. Anexo 2

#### IMPRESIÓN GENERAL SOBRE EL USUARIO

La paciente de 38 años, con 38.2 semanas de gestación y un diagnóstico de preeclampsia severa, presenta un cuadro clínico sumamente delicado y preocupante. Sus signos vitales indican una inestabilidad significativa: su presión arterial se encuentra elevada, registrando valores de 160/110 mmHg, lo que confirma la hipertensión severa asociada a la preeclampsia. Además, su frecuencia cardíaca se encuentra elevada, con una tasa de 130 latidos por minuto, mientras que su frecuencia respiratoria se ha incrementado a 28 respiraciones por minuto. Estos indicadores sugieren una respuesta fisiológica al cuadro de preeclampsia que está comprometiendo su capacidad respiratoria y cardiovascular, lo que lleva a la insuficiencia respiratoria. La saturación de oxígeno en sangre (SPO<sub>2</sub>) se mantiene en niveles normales al 97%. Dada esta compleja situación, es imperativo un manejo médico inmediato y altamente especializado para controlar la preeclampsia severa y abordar la insuficiencia respiratoria, garantizando así la seguridad tanto de la madre como del feto.



### 12.2.1. EXAMEN FÍSICO

#### Cabeza y Cuello (Encefalo)

##### 1. Inspección:

- Paciente se observa cianótica por la dificultad de respirar
- Presenta dificultad para mantenerse erguida

##### 2. Palpación:

- A la palpación presenta dolor en la zona abdominal

##### 3. Mucosas:

- Observar mucosas resacas

#### Tórax y Pulmones

##### 1. Inspección:

- Observar el patrón respiratorio ineficaz con una frecuencia respiratoria de 28 respiraciones por minuto.

##### 2. Palpación:

- A la palpación se observa expansión toraxica más rápida del rango normal

##### 3. Auscultación:

- Al auscultar los campos pulmonares se evalua la presencia de sonidos respiratorios anormales

#### Corazón

##### 1. Inspección y palpación:

- Al palpar la zona del corazón se evalua ritmos anormales

##### 2. Auscultación:

- Frecuencia cardiaca alterada de 130 latidos por minuto

#### Abdomen

##### 1. Inspección:



- Abdomen duro y rígido

## 2. **Palpación:**

- Buen movimiento fetal

## **Extremidades**

### 1. **Inspección y palpación:**

- Miembros superiores e inferiores simétricos sin presencia de edemas
- Buen llenado capilar

## **Evaluación Adicional para Gestante**

### 1. **Presión Arterial:**

- Presión arterial de 160/110 mmHg,

### 2. **Saturación de Oxígeno:**

- Saturación de oxígeno en sangre (SPO2) se mantenía en niveles normales al 97%.

### 3. **Estado Neurológico:**

- Orientada en tiempo y espacio, responde de manera positiva a estímulos

### 4. **Control de Contracciones y Frecuencia Cardíaca Fetal:**

- Realizar una evaluación obstétrica para controlar las contracciones uterinas y la frecuencia cardíaca fetal.
- El monitoreo constante de la frecuencia cardíaca fetal ha mostrado una tasa de 145 latidos por minuto, y los movimientos fetales persisten, indicando bienestar fetal
- La dilatación del cuello uterino permanece cerrada en la porción oculta, pero la porción externa está permeable al dedo, con un borramiento del 20%.

## **Consideraciones Importantes**

- Mantener a la gestante en una posición cómoda que facilite la respiración.

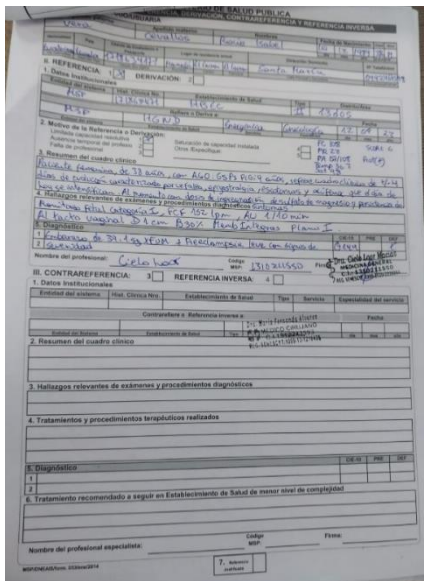
- Monitorear continuamente los signos vitales y la respuesta al tratamiento.
- Mantener una comunicación clara con la paciente para asegurar su bienestar y comprensión.

### 12.2.2. CONDUCTA DEL USUARIO

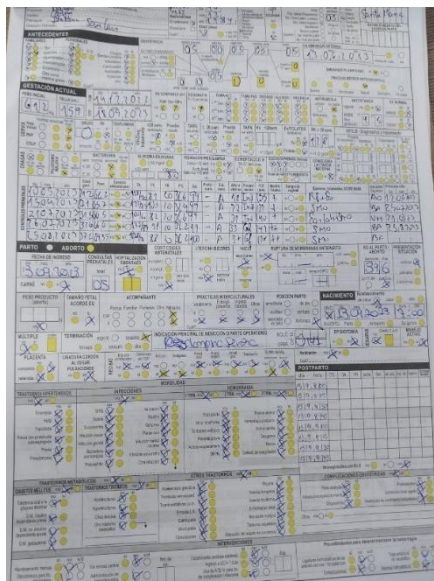
En el momento de la evaluación, la paciente de 38 años muestra signos evidentes de angustia y malestar debido a su estado de salud. Presenta una presión arterial elevada, una frecuencia cardíaca acelerada y una frecuencia respiratoria incrementada, lo que indica inestabilidad cardiovascular y respiratoria. Su nivel de conciencia se encuentra alterado debido a las convulsiones previas, lo que puede requerir cuidados intensivos y monitorización constante.

### 12.3. Anexo 3

### EVIDENCIAS



Formulario de Historia Clínica. Datos personales: Nombre: Carolina, Apellido: Gallego, Fecha de nacimiento: 12/02/1984. Diagnóstico: Epilepsia. Tratamiento: Carbamazepina. El formulario incluye secciones para antecedentes, examen físico, y planes de tratamiento.



Plan de Cuidados de Enfermería. Incluye objetivos, intervenciones y evaluaciones para problemas como 'Riesgo de lesión por convulsiones' y 'Ansiedad'. Se detallan acciones como monitoreo de signos vitales y educación del paciente.





**VISITAS**

**12.4. Anexo 4**

**REGISTRO DE ASISTENCIA Y SEGUIMIENTO DE TUTORÍAS**

AÑO																								
Meses	Septiembre				Octubre				Noviembre				Abril				Mayo				junio			
Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Actividades																								
Elaboración de introducción	█	█																						
Corrección de Introducción			█	█																				
Elaboración de Objetivos general y específico				█																				
Corrección de Objetivos general y específico					█																			
Ejecución del marco teórico						█	█	█																
Elaboración de los aspectos médicos y de enfermería										█														
Tratamiento farmacológico del paciente											█													
Revisión de la primera etapa del caso clínico												█												
Problemas o fenómenos observados														█										
Ejecución de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon														█										
Priorización de diagnósticos de enfermería															█									
Ejecución del plan de cuidados																█								
Correcciones de plan de cuidado																	█							
Conclusiones, recomendaciones, bibliografía, anexos																		█						
Revisión de estudio de caso final																			█	█				
Elaboración de documentos (PAT) y certificado del tutor																					█	█		

