



**UTMACH**

**FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ECLAMPSIA DURANTE EL  
PUERPERIO BASADO EN LA TEORÍA DE MARJORY GORDON**

**PILCO VARGAS LADDY CAROLINA  
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**RODRIGUEZ CARRION DAMARY JAMILET  
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**MACHALA  
2022**



**UTMACH**

**FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ECLAMPSIA DURANTE EL  
PUERPERIO BASADO EN LA TEORÍA DE MARJORY GORDON**

**PILCO VARGAS LADDY CAROLINA  
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**RODRIGUEZ CARRION DAMARY JAMILET  
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**MACHALA  
2022**



**UTMACH**

**FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**ANÁLISIS DE CASOS**

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ECLAMPSIA DURANTE EL  
PUERPERIO BASADO EN LA TEORÍA DE MARJORY GORDON**

**PILLCO VARGAS LADDY CAROLINA  
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**RODRIGUEZ CARRION DAMARY JAMILET  
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**ORELLANA PELAEZ CHRISTEL ALEXANDRA**

**MACHALA  
2022**

# CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ECLAMPSIA DURANTE EL PUERPERIO BASADO EN LA TEORÍA DE MARJORY GORDON

*por* Damary Jamilet Rodríguez Carrión

---

**Fecha de entrega:** 17-may-2023 11:05a.m. (UTC-0500)

**Identificador de la entrega:** 2095542766

**Nombre del archivo:** DURANTE\_EL\_PUERPERIO\_BASADO\_EN\_LA\_TEORI\_A\_DE\_MARJORY\_GORDON.pdf  
(323.91K)

**Total de palabras:** 8299

**Total de caracteres:** 45113

# CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ECLAMPSIA DURANTE EL PUERPERIO BASADO EN LA TEORÍA DE MARJORY GORDON

---

## INFORME DE ORIGINALIDAD

---

8%

INDICE DE SIMILITUD

7%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

---

## ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

---

3%

★ [www.saludzona1.gob.ec](http://www.saludzona1.gob.ec)

Fuente de Internet

---

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado

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

Las que suscriben, PILLCO VARGAS LADDY CAROLINA y RODRIGUEZ CARRION DAMARY JAMILET, en calidad de autoras del siguiente trabajo escrito titulado CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ECLAMPSIA DURANTE EL PUERPERIO BASADO EN LA TEORÍA DE MARJORY GORDON, otorgan a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

Las autoras declaran que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

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

Las autoras como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

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



PILLCO VARGAS LADDY CAROLINA

0706820180



RODRIGUEZ CARRION DAMARY JAMILET

0706039708

## DEDICATORIA

A mi madre, quién es mi ejemplo y razón para seguir, este logro va dedicado especialmente a ti, por ser apoyo incondicional, quién nunca me dejó sola, quien siempre me guio por el buen camino.

A mi padre por creer en mí, por ser mi apoyo moral y por ser aquel quien me enseñó los obstáculos que la vida puede tener, por ser aquel que siempre me recordaba que todo lo que me proponía lo lograría.

A mi enamorado, mi compañero y confidente en todo, quién me brindó motivación en cada uno de mis pasos y su amor incondicional.

*Damary Jamilet Rodríguez Carrión*

El presente trabajo de investigación se lo dedico principalmente a mi madre María Vargas, la cual ha sido, es y seguirá siendo mi principal motivación para cumplir mis metas, gracias a los constantes consejos y motivación he logrado llegar a la culminación de mi carrera, lo cual es realmente gratificante para mí.

Además, también deseo dedicárselo a mi padre, hermana y sobrinas, los cuales de igual manera me apoyaron en esta larga travesía y experiencia de formación como profesional.

*Laddy Carolina Pillco Vargas*

## **AGRADECIMIENTO**

Queremos agradecer infinitamente en primer lugar a Dios por darnos salud durante todo nuestro proceso de formación profesional. De igual manera, expresar nuestro más sincero agradecimiento en primer lugar a nuestra tutora, la Lcda. Cristhel Orellana, quién nos tuvo paciencia a lo largo de la elaboración del análisis de caso, gracias por su paciencia, tiempo, sugerencias en cada una de las correcciones que nos realizaba durante las tutorías que teníamos, por la comprensión, motivación y apoyo incondicional, el cual nunca nos faltó.

Agradecemos a la Lcda. Rocío Campoverde por su aporte profesional, por sus palabras de aliento cuando nuestros días se tornaban difíciles. De igual manera, agradecemos a la Lcda. Ana Suconota, quien nos demostró que al igual que las otras licenciadas, es una excelente profesional dedicada a su trabajo, gracias a su revisión cautelosa en nuestro trabajo, por haber compartido con nosotras sus conocimientos con respecto a la estructura y análisis de nuestro caso.

Gracias a nuestros padres, hermanos, amigos quienes nos proporcionaron en todo momento apoyo moral a lo largo de nuestra carrera profesional.

*Las autoras*

## RESUMEN

**Introducción:** Los trastornos hipertensivos del embarazo representan una de las primeras causas de morbimortalidad materna, perinatal y neonatal, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la eclampsia es la complicación más temida de la preeclampsia. La Teoría de Marjory Gordon presenta diversos patrones funcionales en el abordaje del cuidado clínico de pacientes desde el área de salud en enfermería, éste indica que actividades se deberían incluir para mejorar la calidad de vida de los pacientes, brindando un eje en la valoración individual en base a la edad, el nivel de cuidados requeridos o la patología presentada.

**Objetivo:** Determinar los cuidados de enfermería en paciente con diagnóstico de eclampsia en el puerperio a través del Modelo de Marjory Gordon, a fin de mejorar la salud integral de la paciente.

**Metodología:** El presente estudio se basa en el análisis de un caso clínico utilizando el método científico, analítico y descriptivo, a través del uso de instrumentos de investigación como la revisión de la historia clínica, la observación directa, la entrevista y el uso de información bibliográfica de revistas y artículos disponibles en plataformas científicas de alto impacto, cumpliendo con los aspectos legales y principio de bioética requeridos. Se presenta el caso de paciente de sexo femenino de 19 años de edad, primigesta, sin antecedentes patológicos personales, cursando embarazo de 39.6 semanas de gestación por FUM, con cuadro clínico de más o menos 24 horas de evolución caracterizado por cefalea, 2 episodios de convulsiones. Tras la valoración, es trasladada a Centro Obstétrico para cesárea de emergencia, es valorada por especialistas de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en su puerperio y se decide su ingreso inmediato, desorientada en las tres esferas con escala de Glasgow 10/15, con signos vitales: tensión arterial de 140/90 mmHg, frecuencia cardiaca de 95 latidos por minuto, 17 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno de 100%, con oxígeno por cánula nasal a 2 litros, SCORE MAMA 9 puntos, proteinuria (+++), urea: 10.1 mg/dl, creatinina: 0.75 mg/dl, Plaquetas: 257. 000 mm<sup>3</sup>, Lactato de Deshidrogenosa (LDH): 633 U/L.

**Resultados:** Mediante la observación directa y entrevista estructura en la etapa puerperal, se identificó los siguientes patrones funcionales: cognitivo/perceptivo, nutricional/metabólico, percepción y mantenimiento de la salud. Se aplicó el plan de cuidados de acuerdo a la taxonomía de NANDA, NIC y NOC, lo que permitió mejorar las condiciones clínicas de la paciente, recibir el alta hospitalaria y en la actualidad desempeñarse de forma independiente en las actividades de la vida diaria.

**Conclusión:** La eclampsia durante el puerperio es una de las complicaciones más frecuentes en gestantes, la cual se deriva por la presencia de factores de alto y moderado riesgo, además, la falta de control prenatal y el desconocimiento de la importancia de los mismos, impide detectar y tratar de manera temprana diferentes trastornos hipertensivos, y posibles complicaciones en la madre y el feto. El modelo de Marjory Gordon permitió realizar una valoración exhaustiva para identificar las alteraciones en los patrones funcionales de la paciente y así contribuir en la aplicación de las actividades.

**Palabras claves:** *eclampsia, puerperio, Teoría de Marjory Gordon.*

## ABSTRACT

**Introduction:** Hypertensive disorders of pregnancy represent one of the leading causes of maternal, perinatal and neonatal morbidity and mortality, according to the World Health Organization, eclampsia is the most feared complication of preeclampsia. Marjory Gordon's Theory presents various functional patterns in the approach to clinical care of patients from the area of health in nursing, it indicates that activities should be included to improve the quality of life of patients, providing an axis in the individual assessment based on age, level of care required or pathology presented.

**Objective:** To determine nursing care in patients diagnosed with eclampsia in the puerperium through the Marjory Gordon Model, in order to improve the patient's overall health.

**Methodology:** The present study is based on the analysis of a clinical case using the scientific, analytical and descriptive method, through the use of research instruments such as review of clinical history, direct observation, interview and the use of bibliographic information from journals and articles available on high-impact scientific platforms, complying with the legal aspects and principle of bioethics required. We present the case of a female patient of 19 years of age, primigesta, without personal pathological history, pregnant of 39.6 weeks of gestation by LMP, with clinical picture of more or less 24 hours of evolution characterized by headache, 2 episodes of seizures. After the assessment, she is transferred to the Obstetric Center for emergency cesarean section, she is evaluated by specialists of the Intensive Care Unit (ICU) in her puerperium and it is decided her immediate admission, disoriented in the three spheres with Glasgow scale 10/15, with vital signs: blood pressure of 140/90 mmHg, heart rate of 95 beats per minute, 17 breaths per minute, oxygen saturation of 100%, with oxygen per nasal cannula at 2 liters, BREAST SCORE 9 points, proteinuria (+++), urea: 10.1 mg / dl, creatinine: 0.75 mg / dl, Platelets: 257. 000 mm<sup>3</sup>, Dehydrogenous lactate (LDH): 633 U/L.

**Results:** Through direct observation and interview in the puerperal stage, the following functional patterns were identified: cognitive/perceptual, nutritional/metabolic, perception and maintenance of health. The care plan was applied according to the taxonomy of NANDA,

NIC and NOC, which allowed to improve the clinical conditions of the patient, receive hospital discharge and currently perform independently in the activities of daily living.

**Conclusion:** Eclampsia during the puerperium is one of the most frequent complications in pregnant women, which is derived from the presence of high and moderate risk factors, in addition, the lack of prenatal control and ignorance of the importance of them, prevents early detection and treatment of different hypertensive disorders, and possible complications in the mother and fetus. Marjory Gordon's model allowed an exhaustive assessment to identify the alterations in the functional patterns of the patient and thus contribute to the application of the activities.

**Key words:** *eclampsia, puerperium, Marjory Gordon's theory.*

## INDICE DE CONTENIDO

RESUMEN .....	5
ABSTRACT.....	7
INDICE DE CONTENIDO .....	9
INTRODUCCIÓN.....	12
CAPÍTULO I: GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO.....	14
1.1. DEFINICIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO.....	14
1.1.1 Definición del objeto de estudio.....	14
1.2. HECHOS DE INTERÉS .....	14
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
1.3.1 Objetivo general .....	15
1.3.2 Objetivos específicos.....	15
CAPÍTULO II: FUNDAMENTOS TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO.....	16
2.1. DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO DE REFERENCIA .....	16
2.2. BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN .....	16
2.2.1 Trastornos hipertensivos en el embarazo.....	16
2.2.2 Clasificación de la enfermedad .....	17
2.2.3 Complicaciones .....	19
2.2.4 Diagnóstico.....	20
2.2.5 Manejo de la eclampsia .....	21
2.2.6 Modelo de Marjory Gordon.....	21
2.2.7 Proceso de atención de enfermería .....	22
CAPÍTULO III: PROCESO METODOLÓGICO .....	26
3.1. DISEÑO O TRADICIÓN DE INVESTIGACIÓN SELECCIONADA .....	26

3.1.1 Área de estudio.....	26
3.1.2 Unidad de análisis.....	26
3.1.3 Tipo de investigación .....	26
3.1.4 Tipo de estudio .....	27
3.1.5 Métodos .....	27
3.1.6 Técnicas de investigación.....	27
3.1.7 Instrumento de investigación.....	27
3.1.8 Categorías .....	27
3.2. PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS EN LA INVESTIGACIÓN .....	28
3.2.1 Aspectos legales .....	28
3.3. SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN EN EL ANÁLISIS DE LOS DATOS .....	29
3.3.1 Descripción del caso.....	29
3.3.1.1 Exámenes de laboratorio .....	32
CAPITULO IV: RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN .....	36
4.1. DESCRIPCIÓN Y ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE LOS RESULTADOS .....	36
4.2. CONCLUSIONES .....	38
4.3. RECOMENDACIONES .....	39
BIBLIOGRAFÍA .....	41
ANEXOS .....	48

## **INDICE DE TABLAS**

Tabla 1. Enzimas hepáticas.....	32
Tabla 2. Biometría hemática completa .....	33
Tabla 3. Bioquímica sanguínea.....	33
Tabla 4. Ionograma .....	33
Tabla 5. Gasometría.....	34
Tabla 6. Enzimas hepáticas.....	34
Tabla 7. Biometría hemática completa .....	35
Tabla 8. Biometría sanguínea .....	35
Tabla 9. Examen de orina - EMO .....	35

## **INDICE DE ANEXOS**

ANEXO 1. Plan de cuidados - Patrón alterado: cognitivo/perceptivo .....	48
ANEXO 2. Plan de cuidados - Patrón alterado: Nutricional/Metabólico .....	50
ANEXO 3. Plan de cuidados - Patrón alterado: Percepción y mantenimiento de la salud...52	

## INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, la presentación de trastornos hipertensivos del embarazo se ha convertido en una de las primeras causas de morbilidad materna, perinatal y neonatal, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la eclampsia es aquella condición patológica del estado de salud de las gestantes o mujeres en estado de puerperio en el que se evidencian desarrollo de convulsiones de tipo tónico clónicas generalizadas y/o coma, que no se atribuyen a otras patologías sobreañadidas o condiciones de tipo neurológicas, siendo la complicación más temida de la preeclampsia (1).

Esta condición puede afectar de manera múltiple órganos y sistemas de forma severa paulatina o rápidamente, por ello es esencial determinar riesgos en la progresión de este cuadro durante el período prenatal para realizar acciones que permitan su prevención o en su defecto investigar signos y síntomas asociados, los cuales al ser diagnosticados de manera temprana puedan recibir un manejo adecuado para reducir el riesgo de complicaciones (2).

Según la guía de práctica clínica “Trastornos hipertensivos del embarazo” del año 2016 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), existen múltiples factores de riesgos que aumentan la posibilidad de que la gestante desarrolle preeclampsia, los cuales se dividen específicamente en dos grupos: factores de riesgo alto y de riesgo moderado (1).

Entre los factores de riesgo alto están la presencia preeclampsia en el anterior embarazo, hipertensión arterial crónica, insuficiencia renal crónica, diabetes mellitus I y II y patologías autoinmunes (22). Por otro lado, los factores de riesgo moderado son: primigesta, índice de masa corporal (IMC) superior a 25, gestante adolescente o mayor de 40 años de edad, infección del tracto urinario y antecedentes patológicos familiares (principalmente preeclampsia) (1).

Es oportuno mencionar que se indica que una gestante posee alto riesgo de presentar un cuadro clínico de preeclampsia o hipertensión gestacional si presenta uno o más factores de alto riesgo o en su defecto, dos o más factores de riesgo moderado (1).

En países en desarrollo, esta patología puede producir hasta el 30% de las muertes maternas, mientras que en Latinoamérica éste constituye alrededor del 26%, como parte de los

resultados adversos durante el embarazo, parto y puerperio; desde donde prima la importancia de mantener un monitoreo continuo y vigilancia estricta de este tipo de pacientes, con alto riesgo de ingreso a unidades de cuidados intensivos (3,4).

En Ecuador, según un informe realizado por la Subsecretaría de Vigilancia de la Salud Pública de la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica, se menciona que durante el año 2020, el 18.9% de las muertes maternas, corresponde al causal de trastornos hipertensivos durante el embarazo, entre los cuales el 9,67% corresponde a mortalidad materna por hemorragias obstétricas, que de igual manera están relacionadas a los trastornos hipertensivos como factores predisponente para que se presente la misma (4, 24,38).

La Teoría de Marjory Gordon presenta diversos patrones funcionales en el abordaje del cuidado clínico de pacientes desde el área de salud en enfermería, éste indica qué comportamientos o acciones se deberían incluir para mejorar la calidad de vida de los pacientes, de manera secuencial a lo largo del tiempo, brindando un eje en la valoración individual en base a la edad, el nivel de cuidados requeridos o la patología presentada. De allí que es posible recopilar datos personales que de manera secuencial y ordenada facilitan el análisis de los mismos, gracias a la revisión de la historia clínica, y a aquellos datos de tipo objetivos y subjetivos que al ser integrados de forma estructurada permiten entender el funcionamiento humano (6,7,8).

A fin de mejorar la calidad de atención para este grupo prioritario como lo son las embarazadas con alto riesgo de desarrollar trastornos hipertensivos como la eclampsia, es necesario promover las prácticas clínicas basadas en la evidencia bajo las recomendaciones otorgadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud Pública (MSP) de nuestro país para su debida prevención y tratamiento (12).

Derivado de lo anterior, el objetivo del presente trabajo de investigación es determinar los cuidados de enfermería en paciente con diagnóstico de eclampsia durante el puerperio basándonos en la teoría de Marjory Gordon, obteniendo información de documentos de práctica clínica basados en la evidencia y artículos científicos, que permitan crear un enfoque de pautas o acciones inmediatas por parte del personal de salud, que ayuden a prevenir futuras complicaciones en la salud de la madre y el hijo.

## **CAPÍTULO I: GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO**

### **1.1. DEFINICIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO**

#### **1.1.1 Definición del objeto de estudio**

La eclampsia es el resultado de un trastorno hipertensivo del embarazo severo, a partir de una condición de preeclampsia, éste constituye a nivel mundial en una causa importante de morbilidad materna y perinatal, provocando considerables muertes maternas al año. Esta condición es muy frecuente y su manera de presentación clínica es insidiosa o fulminante debido a la afectación clínica multisistémica (1,3,6).

La presentación de esta condición clínica, al igual que las hemorragias e infecciones, constituyen la tríada causal de gran parte de las muertes maternas. Cuando esto ocurre antes de las 32 semanas de gestación, su agresividad tiende a ser mayor por cuanto se asocia con una mortalidad materna 20 veces mayor, en relación a aquellas que se dan durante el término del embarazo, es decir a partir de las 37 semanas (2,6).

Clínicamente está caracterizada por la presencia de convulsiones de tipo tónico clónicas generalizadas y/o coma, que no se presenta como consecuencia de otras enfermedades añadidas o condiciones de afectación neurológica, siendo ésta la complicación más severa de la preeclampsia (7,8).

#### **1.2. HECHOS DE INTERÉS**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen una de las principales causas de morbilidad perinatal, neonatal y materna, básicamente se encuentran diferenciados en 4 categorías que incluyen: preeclampsia – eclampsia, la hipertensión crónica, hipertensión crónica con preeclampsia superpuesta e hipertensión gestacional. Entre los que destaca como tema de interés, la Eclampsia, descrita como la aparición de episodios convulsivos y/o coma en una mujer gestante o en período del puerperio como complicación de la preeclampsia grave (8, 17, 18).

A nivel mundial, los trastornos hipertensivos constituyen las complicaciones más graves de la gestación, presentándose en el 15% de la totalidad de embarazos y constituyéndose en el responsable del 18% de las muertes maternas registradas (25).

Según Rojas Pérez, Lino Arturo, Rojas Cruz, et al., en su artículo “Preeclampsia - eclampsia diagnóstico y tratamiento” mencionan que, en América Latina, las patologías hipertensivas son responsable entre el 26 y 27% de las muertes maternas, afectando de manera considerable a las mujeres cuyas edades oscilan entre 20 y 34 años de edad (14). En Ecuador, la preeclampsia en conjunto con la eclampsia se presenta en el 27.53% de los casos, lo cual representa un porcentaje alto en comparación a los datos a nivel mundial, este resultado da a entender que los trastornos hipertensivos en el embarazo tienen mayor prevalencia en los países en vías de desarrollo que los países de la gran metrópolis (23).

A partir de lo antes mencionado, es esencial que el Ministerio de Salud Pública, en conjunto con sus órganos rectorales, creen estrategias, políticas o planes vinculadas a disminuir la incidencia de trastornos hipertensivos y a subses reducir el porcentaje de muertes maternas anual (9).

### **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar los cuidados de enfermería en paciente con diagnóstico de eclampsia en el puerperio a través del Modelo de Marjory Gordon, a fin de mejorar la salud integral de la paciente.

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Identificar los principales factores de riesgo que influyen en el desarrollo de eclampsia puerperal a través de la revisión en artículos de alto impacto.
- Describir los patrones funcionales alterados en base a la teoría de Marjory Gordon en relación al caso clínico.
- Describir las intervenciones para el manejo correcto de paciente con eclampsia en base a la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

## **CAPÍTULO II: FUNDAMENTOS TEÓRICO-EPIDEMIOLOGÍA DEL ESTUDIO**

### **2.1. DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE EPIDEMIOLOGÍA DE REFERENCIA**

La epidemiología hace referencia al vasto conocimiento que se puede obtener de un elemento de interés, bajo este aspecto, el estudio de las bases de atención desde el área de cuidados de enfermería en pacientes eclámpticas durante el período de puerperio con la Teoría de Marjory Gordon, brindan un enfoque general del abordaje en este grupo de pacientes con alto riesgo de morbimortalidad.

### **2.2. BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **2.2.1 Trastornos hipertensivos en el embarazo**

Los trastornos hipertensivos del embarazo son multisistémicos y de etiología multifactorial, que fisiopatológicamente se caracterizan por una placentación anómala, hipoxia /isquemia de la placenta, daños en la función del endotelio materno (27), lo cual puede verse influenciado por una respuesta inflamatoria exagerada o poco apropiada. Esta patología tiene su curso por el desbalance que existe entre el sistema endotelial materno y el lecho placentario, entre lo cual se pueden evidenciar cambios que reducen el flujo útero placentario, producto de trombosis del lecho vascular de la placenta, fibrosis, isquemia e infarto placentario, aumentando así la permeabilidad endotelial, y con una pérdida progresiva de la capacidad de vasodilatación y de la función de antiagregación placentaria (11,17).

La gravedad de la enfermedad está determinada por los factores maternos y específicos del embarazo, sin embargo, la existencia de factores de riesgo incluyendo los paternos y ambientales juegan un papel importante en el desarrollo progresivo o letal de esta patología. Las gestantes con antecedentes de hipertensión arterial asociada al embarazo presentan un riesgo aumentado para desarrollar complicaciones potencialmente letales, entre las que se incluyen: el desprendimiento prematuro de la placenta normo-inserta, coagulación intravascular diseminada, hemorragia cerebral, falla hepática e insuficiencia renal aguda (15,16,18).

Según la Guía de Práctica Clínica de los Trastornos Hipertensivos en el embarazo, indica que existen diferentes factores de riesgo que aumentan la probabilidad para que la gestante

presente preeclampsia, entre ellos encontramos los trastornos hipertensivos en el embarazo anterior, enfermedades crónicas como diabetes mellitus tipo I y II, insuficiencia renal crónica e hipertensión; los cuales se clasifican como factores de alto riesgo, y, por otro lado, entre los principales factores de riesgo moderado tenemos: primer embarazo, infección de vías urinarias constantes, antecedentes patológicos de hipertensión, edad materna (mayor o igual a 40), embarazo en la adolescencia, e índice de masa corporal >25 (1,23).

En el presente caso, evidenciamos más la presencia de dos factores de riesgo moderados, en lo que sobresalen los antecedentes patológicos familiares, edad materna y paciente primigesta, además durante la anamnesis se pudo constatar que la infección de vías urinarias se presentaba frecuentemente en la paciente, por lo que se considera que el desarrollo de la eclampsia se debe principalmente a un inadecuado control del embarazo debido a la falta de diagnóstico y tratamiento precoz para dicho trastorno hipertensivo (21).

### **2.2.2 Clasificación de la enfermedad**

Los trastornos hipertensivos del embarazo se describen como las condiciones que dan lugar tanto a una elevación leve de la presión arterial como a episodios severos en donde existe daño de órganos blancos y gran riesgo de morbilidad y mortalidad materno fetal, que puede ocurrir durante el tiempo de gestación, parto y puerperio (11). Bajo condiciones fisiológicas, es decir en parámetros normales, tanto la presión sistólica como la diastólica, disminuyen en promedio de 5-10 milímetros de mercurio (mmHg), en el segundo trimestre para que estos valores vuelvan a la normalidad durante el periodo del tercer trimestre del embarazo (1,5).

#### **2.2.2.1 Hipertensión gestacional**

Es la presencia de valores de la presión arterial en rangos mayores a 140/90mmHg a partir de las 20 semanas de gestación sin que se presente la proteinuria (17). En muchas ocasiones esto se puede presentar de manera transitoria durante el embarazo y no es sugestivo de preeclampsia ya que los valores pueden retornar a la normalidad. En aquellos casos en los que esta hipertensión arterial sea identificable y se mantenga a partir de las 12 semanas de gestación entonces se clasificará como Hipertensión arterial crónica, es decir que no surge como dependencia del embarazo como tal (1, 5).

### **2.2.2.2 Preclampsia**

Está caracterizado como un síndrome de afectación multisistémica que puede presentar o no signos de severidad, es específica durante la gestación y ocurre a partir de las 20 semanas de embarazo, durante el parto o en los primeros 42 días posterior a éste (31). Está caracterizado por una presión arterial  $>140/90$ mmHg, lo cual se presenta con proteinuria, y a ello se suma la cefalea, acúfenos, edema, dolor abdominal y alteración en los valores normales de laboratorio (1,5).

### **2.2.2.3 Eclampsia**

Esta es la condición de la preeclampsia en la que previamente han progresado signos de severidad, es decir hay una presión  $>140/90$ mmHg, proteinuria, signos somáticos, y lo patognomónico: presencia de crisis convulsivas tónico clónicas y/o coma, es decir síntomas y signos neurológicos, con gran compromiso multisistémico, que ocurren durante la etapa del embarazo o en el puerperio, con un diagnóstico previo de preeclampsia establecida y que no presente antecedentes patológicos personales de enfermedades neurológicas conocidas, es decir que la afectación se dé únicamente por la alteración que ocurre durante el embarazo (24,25).

#### **Crisis convulsiva ecláptica:**

Consta de 4 etapas:

- Período de iniciación: durante este período la paciente permanece estática, hay pérdida de la conciencia y se evidencian contracciones de tipo fibrilar en localización de cara y miembros, y leve desviación de la comisura labial con una duración de 10-20 segundos (30).
- Fase de contracciones tónicas: aquí la respiración tiende a mantenerse suspendida por poco tiempo, sin embargo, la paciente se torna cianótica, hay ingurgitación de las venas yugulares, y esto dura alrededor de 20-30 segundos.
- Fase de contracción clónicas: hay un retorno de la respiración sin embargo es de tipo disneica, va desapareciendo la cianosis y la presión arterial se mantiene elevada, se mantiene taquicardia, se presentan contracciones y sacudidas que provocan agitación que dura alrededor de 1-3min.

- Estado de coma: se mantiene las fascies cianótica, la paciente permanece inconsciente, y en muchos casos presenta espuma sanguinolenta por la boca, con respiración estertorosa, pulso acelerado, la presión arterial se puede mantener mucho más elevada o baja respecto al inicio de las crisis convulsivas, las pupilas se encuentran dilatadas y hay ausencia de los reflejos osteotendinosos. Este estado tiene una duración variable de tiempo y posteriormente puede repetirse esta condición o provocar la muerte de la paciente o a su vez la muerte del producto (14,15).

### **2.2.3 Complicaciones**

Según la guía de práctica clínica “Trastornos hipertensivos del embarazo” del año 2016 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, los trastornos en el periodo de gestación causan graves complicaciones maternas y fetales, que en ciertos casos conlleva incluso a la muerte. Las principales complicaciones maternas que ocasiona la eclampsia son: desprendimiento prematuro de placenta, hemorragia intracraneal provocada por los altos niveles de presión arterial, edema agudo de pulmón, lesión a nivel renal desencadenando en la mayoría de los casos insuficiencia renal e insuficiencia hepática (18), además, las pacientes eclámpicas ameritan el ingreso inmediato en la Unidad de Cuidados Intensivos, por lo cual un manejo clínico temprano y oportuno es esencial para evitar las complicaciones antes mencionadas (1,3).

Además, la eclampsia también tiene repercusiones negativas en el feto, entre ellas están: restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) lo cual aumenta el riesgo de morbimortalidad perinatal, óbito fetal y parto pretérmino con apgar inferior o igual a 6 en el primer y quinto minuto de vida relacionado a las características clínicas del nacimiento (1,26).

En base a nuestro caso, con previa valoración del estado clínico de la paciente el personal médico decidió interrumpir el embarazo debido a las convulsiones que presentó en tres ocasiones, para salvaguardar la vida de la madre y de su bebé. Además, por el cuadro clínico de la paciente fue esencial su ingreso en la UCI, para su respectiva valoración y monitorización hasta estabilizarla.

## 2.2.4 Diagnóstico

El diagnóstico de enfermería de la Eclampsia se basa específicamente en la valoración cefalocaudal de la paciente con el propósito de evaluar el cuadro clínico que presenta e identificar las principales manifestaciones clínicas características de la patología en mención. Es oportuno mencionar que la anamnesis en conjunto con la recopilación de datos objetivos y subjetivos, constituyen el punto de partida para una correcta valoración (6, 13).

En base a la información proporcionada por la guía de práctica clínica “Trastornos hipertensivos del embarazo” del año 2016 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, los datos objetivos para diagnosticar la eclampsia en los controles prenatales son: verificación de las constantes vitales principalmente de la presión arterial, si la sistólica es mayor o igual a 140 mmHg y la diastólica es mayor o igual a 90 mmHg, en dos tomas consecutivas con intervalo de 15 minutos, es un indicador clave que la paciente presenta hipertensión, además, edema periférico principalmente en extremidades inferiores, convulsiones tipo tónico - clónicas o generalizadas y la tirilla reactiva positiva (proteinuria) (1).

Durante la valoración, los principales datos objetivos que se obtuvieron de la paciente en la entrevista clínica son: presión arterial 180/90 mmHg, evidencia de edema en miembros inferiores (signo de fóvea), convulsiones tipo tónico - clónicas o generalizadas en conjunto con proteinuria positiva.

Mientras que, entre los datos subjetivos más característicos están: cefalea, alteraciones en la visión (pérdida de la visión, visión doble o visión borrosa), epigastralgia y emesis. En un estudio titulado “Preeclampsia – eclampsia diagnóstica y tratamiento” realizado por Lino Arturo, et al. menciona que la cefalea no es signo fidedigno para un criterio diagnóstico que indique preeclampsia o eclampsia, sino que, es necesario la presencia de más signos y síntomas de gravedad (como disfunciones en el sistema nervioso central) para un diagnóstico certero (13). Sin embargo, los síntomas presentes en el caso estudiado son: cefalea intensa y visión borrosa, acompañado de diferentes resultados de exámenes de laboratorio alterados (37).

Es oportuno mencionar que, para la confirmación del diagnóstico clínico de la patología, es fundamental exámenes de laboratorio y complementarios, entre ellos están (2):

- Biometría hemática, con recuento plaquetario.
- Pruebas de coagulación: TP, TTP, INR.
- Pruebas de función hepática: AST, ALT, LDH, bilirrubinas.
- Pruebas de función renal: creatinina, urea, ácido úrico
- Proteinuria al azar o proteinuria de 24 horas (36).
- Monitoreo de bienestar fetal.

### 2.2.5 Manejo de la eclampsia

1. Mantener permeabilidad de las vías respiratorias superiores (32).
2. Evitar que traumatismos bucales y durante la crisis convulsiva.
3. Realizar aspiración de secreciones.
4. Canalizar vía periférica.
5. Colocar sonda Foley para cuantificar el volumen urinario y la proteinuria (29).
6. Realizar un monitoreo continuo de la presión arterial, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratorio, piel y mucosas, estado de conciencia.
7. Nada por vía oral.
8. Administrar Sulfato de magnesio (1,16).

**Impregnación para la eclampsia:** 30 mL de sulfato de magnesio al 20 % (6g) + 70 mL de solución isotónica, pasar a 300 mL/ hora en bomba de infusión o 100 gotas/minuto con equipo de venoclisis en 20 minutos (24,34).

**Mantenimiento para la eclampsia:** 100 mL de sulfato de magnesio al 20 % (20g) + 400 mL de solución isotónica, pasar a 50 mL/hora en bomba de infusión o 17 gotas /minuto con equipo de venoclisis (2 g/hora).

9. Interrumpir el embarazo, con el fin de preservar la vida de la madre y del neonato (1, 10,13).

### 2.2.6 Modelo de Marjory Gordon

El modelo de atención del área de enfermería está basado en la Teoría de Marjory Gordon, el cual describe 11 patrones funcionales que permiten reconocer el funcionamiento del cuerpo humano, y la importancia de identificar la alteración de uno de ellos, el cual afectará de manera gradual a todo el resto de los patrones, por ende, no deberán ser tratados de forma

aislada, sino integralmente, porque la salud del ser humano debe ser considerada como un todo. Los patrones descritos por esta teoría son:

- **Patrón 1: Percepción – manejo de salud:** permite valorar de manera perceptiva el estado de salud y confort del ser humano, como ente individual.
- **Patrón 2: Nutricional – metabólico:** valora la cantidad de líquidos ingeridos y alimentos necesarios para el soporte vital del individuo, además del estado de la piel y las mucosas (7).
- **Patrón 3: Eliminación:** evalúa la funcionalidad del proceso de eliminación por vía intestinal, urinaria y piel.
- **Patrón 4: Actividad – ejercicio:** identifica la capacidad que tienen los seres humanos para realizar las diferentes actividades de la vida diaria.
- **Patrón 5: Sueño – descanso:** valora las horas adecuadas de sueño.
- **Patrón 6: Cognitivo – perceptivo:** permite describir el patrón de las sensaciones, percepciones y cognición de los pacientes, determinando además la existencia o ausencia del dolor (20).
- **Patrón 7: Autopercepción – autoconcepto:** está enfocado en la percepción que el individuo tiene de sí mismo, es decir, el nivel de autoestima, estado de ánimo y seguridad.
- **Patrón 8: Rol – relaciones:** identifica y valora cómo el paciente se relaciona con su entorno, a nivel social, familiar y profesional.
- **Patrón 9: Sexualidad – reproducción:** se encuentra enfocado en la conformidad o inconformidad sobre la idealización de sexualidad, orientación y reproducción.
- **Patrón 10: Adaptación tolerancia al estrés:** identifica cómo el individuo actúa frente a situaciones de estrés y la capacidad para enfrentarlo.
- **Patrón 11: Valores – creencias:** está enfocado en los valores, objetivos y creencias sobre el estado de salud (6, 14).

### 2.2.7 Proceso de atención de enfermería

El proceso de atención de enfermería consta de las siguientes fases:

**Valoración:** A través de la entrevista clínica, recolectamos los siguientes datos:

- **Datos objetivos:** presión arterial 140/90 mmHg, edema en miembros inferiores.
- **Datos subjetivos:** Cefalea intensa, visión borrosa y disnea.

*Tabla I. Valoración de enfermería de los patrones funcionales de Marjory Gordon*

<p><b>Patrón 1:</b> <b>Percepción y mantenimiento de la salud</b></p>	<p>Paciente en el puerperio tardío refiere que antes de su embarazo jamás presentó presiones arteriales altas, además, indica que no padecía de cefaleas, visión borrosa, pero que las infecciones de vías urinarias (principalmente dolor y ardor al miccionar, dolor pélvico) si eran constantes, pero jamás acudió a una consulta médica, ni siguió un tratamiento farmacológico.</p> <p>Indicó que solo asistió a dos controles prenatales durante su gestación, porque bajo su criterio todo estaba en total normalidad. Posteriormente, manifestó de manera verbal que, en el segundo trimestre, presentó visión borrosa, y cefaleas, los cuales no eran constantes, pero consideró que eran síntomas propios de la gestación, por lo cual no asistió a una consulta médica.</p> <p>Además, durante la entrevista clínica en el puerperio, la paciente indicó que fue un embarazo no planificado ya que en ese momento desconocía sobre los métodos anticonceptivos y más aún sobre la importancia de los controles prenatales y las repercusiones o complicaciones que se desencadenan producto de no asistir a los mismo.</p>
<p><b>Patrón 2:</b> <b>Nutricional-metabólico</b></p>	<p>Cuero cabelludo, tejido tegumentario de aspecto normal, sin signos de úlceras por presión, fascies semipálidas, mucosas orales semihúmedas, durante su estancia hospitalaria.</p> <p>La paciente presentó un cuadro clínico de eclampsia, producto de aquello se evidenció alteración de la presión arterial en conjunto con edema periférico a nivel de extremidades inferiores.</p> <p>En cuanto al perfil hepático, se constata valores fuera de los parámetros de normalidad: TGO: 36.5 U/L, TGP: 15.2 U/L, LDH: 633 UL/L.</p>

<b>Patrón 3: Eliminación</b>	Presencia de sonda vesical por la cual se observó eliminación de diuresis de características normales, sin apoyo de diuréticos, proteinuria (+++), función renal conservada: UREA: 12.1 mg/dl, CREATININA: 1.00 mg/dl y EMO con bacterias (++)
<b>Patrón 4: Actividad y ejercicio:</b>	Paciente no presenta alteración de este patrón.
<b>Patrón 5: Sueño y descanso</b>	Paciente no presenta alteración de este patrón.
<b>Patrón 6: Cognitivo – perceptivo</b>	Tras el ingreso a la UCI, paciente presentó alteración en el nivel de conciencia, escala de Glasgow 10/15, durante el período postictal, producto de las convulsiones tónico - clónicas que sufrió en su domicilio y en las otras áreas, pero posteriormente sus constantes vitales se estabilizaron tras la aplicación de los cuidados oportunos en conjunto con la administración de medicación prescrita se recuperó totalmente su estado de conciencia.
<b>Patrón 7: Autopercepción - autoconcepto</b>	Paciente no presenta alteración de este patrón.
<b>Patrón 8: Rol y relaciones</b>	Paciente no presenta alteración de este patrón.
<b>Patrón 9: Sexualidad y reproducción:</b>	Paciente no presenta alteración de este patrón.
<b>Patrón 10: Tolerancia al estrés</b>	Durante su estadía en UCI, paciente refiere estar tranquila porque confía en el personal de salud e indica que está contenta con los cuidados que le están brindando a ella y a su hija, la cual se encuentra internada en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCI).

<b>Patrón 11: Valores y creencias religiosas</b>	No refiere pertenecer a ninguna religión.
--	---

*Fuente: Autoras*

A través de la valoración de enfermería con los patrones funcionales de Marjory Gordon se logró constatar las alteraciones que presentó la paciente como consecuencia de la eclampsia, por lo cual, con respaldo de la Taxonomía NANDA Internacional para el diagnóstico de enfermería, NIC para las intervenciones orientadas a resolver las alteraciones presentadas y NOC para la evaluación de los resultados de dichas intervenciones, en el presente análisis de caso se describió los principales cuidados que el personal de enfermería debe aplicar en la paciente con eclampsia puerperal. Además, a través del puntaje diana se logró constatar el porcentaje o grado de mejoría de la condición clínica de la paciente, mostrando la efectividad del manejo de enfermería a la paciente (Ver Anexo I, II, III).

## **CAPÍTULO III: PROCESO METODOLÓGICO**

### **3.1. DISEÑO O TRADICIÓN DE INVESTIGACIÓN SELECCIONADA**

#### **3.1.1 Área de estudio**

El caso clínico se presenta en la Unidad de Cuidados Intensivos y en el área de Ginecología del Hospital General Teófilo Dávila en la Ciudad de Machala, Provincia de El Oro. Este establecimiento de salud corresponde a un segundo nivel de atención del Ministerio de Salud Pública, perteneciente al Distrito de Salud 07D02, ubicado específicamente en las calles Boyacá y Buenavista.

Además, dicho establecimiento de salud ofrece varios servicios para la población en general, entre ellos: Consulta Externa, Emergencia, Ginecología, Centro Quirúrgico, Neonatología, Unidad de Cuidados intensivos, Pediatría, Traumatología, Cirugía, entre otros.

#### **3.1.2 Unidad de análisis**

La unidad de análisis corresponde a una paciente de sexo femenino de 19 años de edad con diagnóstico de eclampsia en el puerperio. Cursó dos días de hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos, y mantuvo cinco días de hospitalización en la sala de ginecología.

Para el desarrollo de este estudio se utilizó el sistema North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) taxonomía II, que consiste en 7 ejes que permiten identificar los diagnósticos basados en el área de enfermería para Eclampsia. A partir de estos datos, se realiza el Plan de Atención de Enfermería con el uso del sistema NOC y NIC.

#### **3.1.3 Tipo de investigación**

El tipo de investigación es cualitativa – descriptiva porque analiza toda la documentación respectiva referente a la historia clínica de la paciente.

### **3.1.4 Tipo de estudio**

El estudio es de tipo descriptivo, porque está basado principalmente en la enunciación de las características de la unidad de análisis.

### **3.1.5 Métodos**

**Método clínico:** Recolección de datos médicos a través de la historia clínica del paciente para lograr identificar las consecuencias que desencadenó la patología y aplicar el proceso de atención de enfermería en relación a la teoría de Marjory Gordon.

### **3.1.6 Técnicas de investigación**

- **Entrevista:** Comunicación verbal directa con la paciente, con el consentimiento previo de la misma.
- **Observación:** Método usado para recopilación de información del caso, particularmente se realiza un reconocimiento visual o mediante ayuda de materiales de medición como puede ser termómetro, tensiómetro, etc.

### **3.1.7 Instrumento de investigación**

- Base de datos de artículos científicos
- Portal virtual de revistas científicas
- Historia clínica de paciente: Documento legal donde permanecen los datos y antecedentes patológicos del paciente.

### **3.1.8 Categorías**

Datos de filiación, motivo de consulta, antecedentes patológicos personales y familiares, examen físico, enfermedad actual, evolución médica, reportes de enfermería, tratamiento, exámenes complementarios y de laboratorio, diagnósticos médicos.

## 3.2. PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS EN LA INVESTIGACIÓN

La metodología que se llevó a cabo para la recolección de información del presente estudio fue de manera sistemática, teniendo en cuenta diferentes aspectos, los cuales fueron los siguientes:

### 3.2.1 Aspectos legales

- **No maleficencia:** Este principio está vinculado a la ética de todo profesional de la salud, es decir, al hecho de demostrar total transparencia con el paciente con el fin de no atentar contra la integridad del mismo. En este estudio no se afecta la integridad ni física como psicológica de la paciente.
- **Beneficencia:** Es uno de los principios más notorios en el área de salud, ya que todo profesional sanitario debe aplicar procedimientos diagnósticos y terapéuticos seguros y confiables en beneficio del paciente y de la sociedad en general. Este análisis está netamente enfocado en mejorar el estado de salud de la paciente, a través de los cuidados de enfermería que están basados en el Modelo de Marjory Gordon. Además, permitirá el proceso de titulación de estudiantes de la Universidad Técnica de Machala, quienes están siendo autoras del presente estudio.
- **Autonomía:** Este principio le otorga el derecho a que el paciente decida si quiere o no ser partícipe de algún procedimiento diagnóstico o investigación con fines médicos a través del consentimiento informado.

Mediante la firma de consentimiento informado, la paciente decidió ser parte del estudio de caso.

- **Confidencialidad:** Es un derecho totalmente inherente del ser humano, hace referencia a respetar la intimidad y no divulgar datos sin previo consentimiento de la paciente.

Es decir, los datos presentados son confidenciales, por tanto, toda información recopilada que comprometa datos personales como (nombres, cedula, dirección domiciliaria, datos familiares, entre otros) no podrán ser divulgados.

Para obtener la autorización y acceso a la historia clínica de la paciente, se elaboró un oficio dirigido a la Dra. Laury Rojas Romero, directora del Hospital General Teófilo Dávila y a la

Dra. María del Cisne Quizhpe, Coordinadora de Docencia del Departamento de Investigación del establecimiento de salud en mención, emitido por parte de la Lic. Sandra Falconí Peláez, Mgs; coordinadora de la carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala, el cual tuvo una aceptación favorable por parte de las autoridades. Es oportuno mencionar que previo a este proceso, se efectuó la explicación de manera verbal a la paciente sobre el fin de la investigación con el objetivo de obtener el consentimiento informado de la misma.

Finalmente, el Departamento de docencia emitió un oficio dirigido a la Mgs. Alexandra Elizabeth Benalcázar Martínez, Analista responsable de Admisiones, donde se le solicita la autorización para la revisión de historia clínica N°502984, la cual se encuentra archivada en el Departamento de Estadística. Al obtener la autorización, nos acercamos a ventanilla única para la recepción de la historia clínica y realizar la debida revisión, teniendo en cuenta que, al ser un documento médico - legal, no podrá salir del Establecimiento de Salud.

Además, para la recolección de las bases teóricas se ha integrado de medicina basada en la evidencia reportado en artículos científicos de alto impacto, los cuales hemos seleccionado de diferentes bases de datos como ScieDirect, Scopus, Scielo y SciePub.

### **3.3. SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN EN EL ANÁLISIS DE LOS DATOS**

#### **3.3.1 Descripción del caso**

Paciente de sexo femenino de 19 años de edad, primigesta, sin ningún antecedente patológico personal de relevancia, pero con antecedente patológico familiar (abuela materna hipertensa), con un solo control prenatal y esquema de vacunación incompleto. Acude a esta casa de salud por presentar embarazo de 39.6 semanas de gestación calculado por fecha de última menstruación (FUM) (11/06/2021), con cuadro clínico de más o menos 24 horas de evolución caracterizado por cefalea de intensidad no especificada, en compañía de familiar (madre) quien refiere que paciente presenta 2 episodios de convulsiones, sin especificar duración, antes de llegar a esta casa de salud, por lo cual se realiza la respectiva valoración cefalocaudal y se decide su ingreso inmediato.

A su llegada, paciente estuporosa, no responde a estímulo verbal, desorientada en tiempo, espacio y persona, Escala de Glasgow: 12/15 con los siguientes signos vitales: PA: 180/70 mmHg, FC: 95 lpm, FR: 22 rpm, SpO2: 93%, realizan tacto vaginal que evidencia dilatación

10 cm, borramiento 100%, plano I-II, por lo cual es llevada de inmediato por el personal de enfermería desde el área de Emergencia del Hospital General Teófilo Dávila al área de Centro Obstétrico de urgencia.

Al ingreso al área de Centro Obstétrico, paciente presenta crisis convulsiva (movimientos tónico-clónicos), con una duración de aproximadamente más o menos dos minutos, luego de identificarse trabajo de parto en fase activa más cuadro convulsivo, se activa de manera inmediata código azul, se procede a canalizar vía venosa periférica de manera rápida y se administra 1 ampolla (10mg) de diazepam, con lo cual cesan las convulsiones, se monitoriza constantemente signos vitales y se realiza la respectiva valoración de los mismos, que revelan una TA: 185/80 mmHg, FC:98 lpm, FR:22 rpm, T: 36,5°, SpO2: 98% con aporte de oxígeno por cánula nasal a 2 litros por minuto.

De inmediato, se canaliza una segunda vía venosa para la administración de Sulfato de Magnesio (dosis de impregnación y mantenimiento), se prepara a la paciente para una cesárea de emergencia, dado que es imposible el parto vaginal debido a las características clínicas que presenta la misma, se asigna interconsulta a la UCI debido al estado crítico de la paciente.

Se realiza cesárea segmentaria de emergencia bajo anestesia general, obteniendo producto único vivo de sexo femenino en malas condiciones clínicas, presentación cefálica, líquido amniótico ausente, no llanto, al momento cianótico, con flacidez generalizada, APGAR 3 – 6, peso 3495 gr, capurro 40 semanas, perímetro cefálico de 34 cm. Tras finalizar cesárea, se evidenció la pérdida del sangrado en la paciente aproximadamente de 400cc.

Paciente es valorada en su puerperio inmediato postcesárea, somnolienta, con escala de Glasgow 10/15, con signos vitales TA: 140/90 mmHg, FC: 95 lpm, FR: 17rpm, SatO2: 100%, con oxigenoterapia por cánula nasal a 2 litros por minuto, realizaron tirilla reactiva para proteinuria +++, obteniendo como resultado SCORE MAMA de 9 puntos. Con previa coordinación con UCI, se dispuso de espacio físico y se decidió su ingreso a esta unidad.

La paciente ingresó a UCI intranquila, desorientada en espacio tiempo y persona, estuporosa inquieta al manejo de Enfermería, con medidas de sujeción, y Glasgow 10/15. Al examen cefalocaudal, cabeza normo cefálica, fascies álgicas, mucosas orales semihúmedas,

recibiendo oxigenoterapia por cánula nasal a 2 litros por minuto, abdomen blando, depresible a la palpación con presencia de herida quirúrgica cubierta con apósitos limpios y secos, útero tónico a nivel umbilical, eliminando loquios hemáticos en poca cantidad, presencia de sonda vesical por la cual eliminó diuresis de característica normal, extremidades superiores e inferiores con tono y fuerza muscular conservada, se inició analgesia a base de fentanilo, continuó recibiendo ( sulfato de magnesio con la dosis de mantenimiento), cloruro de sodio + 30 UI de oxitocina para que la contracción uterina sea adecuada, antibioterapia (gentamicina y cefazolina) y antihipertensivos (nifedipino) y vasodilatador.

Luego que su condición clínica mejorara y tras valoración médica, el día 17/08/2022 se hizo el traslado al área de ginecología, al momento del ingreso consciente, orientada, en tiempo espacio y persona, con signos vitales estables, TA: 120/80 mmHg, FC:80 lpm, FR: 20 rpm, SO2: 99%, T: 36°C, al examen cefalocaudal, se evidenció fascies semipálidas, mucosas, orales semihúmedas, cuello y tórax simétrico, respiraciones espontáneas, tolerando oxígeno ambiental, durante su estancia hospitalaria abdomen blanco depresible ligeramente doloroso a la palpación, se observó presencia de herida quirúrgica con buen proceso de cicatrización sin signos de infección, útero tónico a nivel infraumbilical, eliminó loquios hemáticos en escasa cantidad, sin presencia de edemas en miembros inferiores, los cuales se mantuvieron con buen tono y fuerza muscular conservado. Se mantuvo con una dieta hiposódica e hiperproteica, con vía venosa periférica, recibiendo cloruro de sodio 0,9%, y antibiótico (cefazolina 1 gramo intravenosa cada 8 horas y gentamicina 240mg cada día), antihipertensivos por vía oral (nifedipino 10mg cada 8 horas), vasodilatador (hidralazina 5mg intravenosa, si presión arterial diastólica >110mmHg), se mantiene con el control estricto de signos vitales cada hora, control de estado de consciencia y control de loquios.

Paciente estable cursando el quinto día de hospitalización en el área de ginecología recibe el alta médica por médico tratante, luego de haber recibido la antibioterapia adecuada, y cuidados de enfermería encaminados al bienestar integral, durante su estadía en dicha área sus signos vitales permanecieron dentro de los parámetros de normalidad, especialmente la tensión arterial la cual osciló entre 100-120mmHg la sistólica y la 70-80mmHg la diastólica, finalmente no se observó alteración en el estado de consciencia, se mantuvo con un Glasgow 15/15, mejoró efectivamente su condición clínica, se brindó información acerca de los signos

de alarma y se entregó hoja de referencia al centro de salud “Puerto Bolívar” para control postparto y tamizaje neonatal, recibió el alta con tratamiento antihipertensivo (nifedipino 10mg V.O. cada 8 horas) durante 10 días y el hierro (1 tableta V.O cada día) durante 30 días debido a los resultados de su hemoglobina al egreso (11.3 g/dl).

Aproximadamente, a los 15 días de su egreso se realizó visita domiciliaria, en la cual paciente refiere no sentir ninguna molestia, se realizó toma de signos vitales y se pudo constatar que se encuentran estables, se brinda educación de enfermería sobre cambios en los estilos de vida que inicialmente tenía, involucrándose la falta de ejercicio físico debido a que su índice de masa corporal era >25, dieta sana y equilibrada que le aporte nutrientes, no consumir dulce, ni alimentos con alto contenido de carbohidratos y lípidos. Por otro lado, también se brindó información sobre la planificación familiar, ya que debe existir un periodo intergenésico para que el cuerpo de la paciente pueda tener un correcto proceso de recuperación óptimo.

Además, se le explicó sobre los riesgos que conlleva otro embarazo debido a los diferentes antecedentes patológicos que la paciente posee, los cuales ya no forman parte de riesgo moderado sino de alto riesgo aumentando las probabilidades de que la paciente presente complicaciones con un desenlace fulminando como la muerte. Cabe recalcar, que también se le proporcionó información sobre el control postparto y la importancia del mismo, así como el tamizaje neonatal, el cual puede realizarle al recién nacido a partir de los 5 días hasta los 28 días de nacido.

### 3.3.1.1 Exámenes de laboratorio

**Fecha:** 15/08/2022

*Tabla 1. Enzimas hepáticas*

	<b>RESULTADO</b>	<b>REFERENCIA</b>
LDH	633 U/L	135 – 214 U/L
TGO/ASAT	36.5 U/L	10-35 U/L
TGP/ALAT	15.2 U/L	HASTA 35 U/L

**Fuente:** Historia clínica archivada en el departamento de Estadística del Hospital Teófilo Dávila.

*Tabla 2. Biometría hemática completa*

	<b>RESULTADO</b>	<b>VALORES DE REFERENCIA</b>
HEMOGLOBINA	14.8 g/dl	12-16 g/dl
HEMATOCRITO	43.9 %	37 a 47 %
LEUCOCITOS	19.94 x 10 <sup>3</sup> /ul	5.00 -10.00 x 10 <sup>3</sup> /ul
NEUTRÓFILOS	14.06 x 10 <sup>3</sup> /ul	1.30 – 6.30 x 10 <sup>3</sup> /ul
LINFOCITOS	4.87.0 x 10 <sup>3</sup> /ul	1.0 – 3.7 x 10 <sup>3</sup> /ul
MONOCITOS	3.8 %	6.0 - 7.4 %
EOSINÓFILOS	0.2 %	0.1 - 3.9 %
BASÓFILOS	0.3 %	0.2 – 12 %
PLAQUETAS	257 x x 10 <sup>3</sup> /ul	150 - 450 x 10 <sup>3</sup> /ul

*Fuente: Historia clínica archivada en el departamento de Estadística del Hospital Teófilo Dávila.*

*Tabla 3. Bioquímica sanguínea*

	<b>RESULTADO</b>	<b>REFERENCIA</b>
GLUCOSA BASAL	128 mg/dl	74-106 mg/dl

*Fuente: Historia clínica archivada en el departamento de Estadística del Hospital Teófilo Dávila.*

*Tabla 4. Ionograma*

	<b>RESULTADO</b>	<b>REFERENCIA</b>
Na	141 mmol/l	139 – 145 mmol/l
K	3.0 mmol/l	3.5 - 5.1 mmol/l
Cl	111 mmol/l	98 – 107 mmol/l

*Fuente: Historia clínica archivada en el departamento de Estadística del Hospital Teófilo Dávila.*

Tabla 5. Gasometría

	<b>RESULTADOS</b>	<b>VALORES DE REFERENCIA</b>
Ph	7.38	7.35 - 7.45
PaO2	147	75 – 100 mmHg
CO2	30.6	35 – 45 mmHg
HCO3	19.4	22-26 mEq/L
SatO2	98	94 – 100%
FiO2	21%	19 – 21%
Lactato	1.53	Inferior a 2 mmol/l

*Fuente:* Historia clínica archivada en el departamento de Estadística del Hospital Teófilo Dávila.

**Fecha:** 22/08/2022

Tabla 6. Enzimas hepáticas

	<b>RESULTADO</b>	<b>VALORES DE REFERENCIA</b>
TGO	45.0 U/L	hasta 32 U/L
TGP	15.6 U/L	Hasta 33 U/L
LDH	520 UL/L	135 – 214

*Fuente:* Historia clínica archivada en el departamento de Estadística del Hospital Teófilo Dávila

Tabla 7. Biometría hemática completa

	<b>RESULTADO</b>	<b>VALORES DE REFERENCIA</b>
HEMOGLOBINA	11.3 g/dl	13-17 g/dl
HEMATOCRITO	33.2 %	39 a 51%
LEUCOCITOS	12.39 x10 <sup>3</sup> /ul	5 -10 x 10 <sup>3</sup> /ul
NEUTRÓFILOS	63.1 %	36 – 66 %
LINFOCITOS	24.5 %	22.0 - 50.0 %
MONOCITOS	6.4 %	6.0 - 7.4 %
EOSINÓFILOS	5.3 %	0.1 - 3.9 %
BASÓFILOS	0.2 %	0.2 - 12 %
PLAQUETAS	360 x10 <sup>3</sup> /ul	150 - 450 x10 <sup>3</sup> /ul

*Fuente:* Historia clínica archivada en el departamento de Estadística del Hospital Teófilo Dávila.

Tabla 8. Biometría sanguínea

	<b>RESULTADO</b>	<b>VALORES DE REFERENCIA</b>
UREA	11.8 mg/dl	17-43 mg/dl
CREATININA	0.56 mg/dl	0.67 - 1.17 mg/dl

*Fuente:* Historia clínica archivada en el departamento de Estadística del Hospital Teófilo Dávila.

Tabla 9. Examen de orina - EMO

<b>EMO</b>		
PROTEINURIA	+++	
BACTERIAS	ESCASAS	POSITIVO

*Fuente:* Historia clínica archivada en el departamento de Estadística del Hospital Teófilo Dávila.

## **CAPITULO IV: RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **4.1. DESCRIPCIÓN Y ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE LOS RESULTADOS**

La gestación es un proceso fisiológico que involucra múltiples cambios en la mujer, tanto externos como internos, por lo cual la posibilidad de que existan alteraciones o complicaciones en dicha etapa es inminente, el correcto abordaje clínico es esencial para la intervención oportuna (5).

En la actualidad, los trastornos hipertensivos constituyen una de las principales causas de las complicaciones antes, durante y después del parto; la eclampsia pertenece a este grupo, la cual se caracteriza específicamente por presiones arteriales fuera de los parámetros normales, es decir,  $\geq 140/90$  mmHg, cefaleas, convulsiones tónico - clónicas generalizadas proteinuria. Por lo antes mencionado, es importante que todo profesional de salud realice una correcta identificación de este tipo de cuadros clínicos durante los primeros controles prenatales con la finalidad de identificar factores de riesgo potenciales de manera inicial y disminuir el porcentaje de mortalidad materno-infantil (5, 35,39).

Los principales factores de riesgo que desencadenaron la eclampsia. En el análisis de clínico fueron, que como antecedente patológico familiar tenía a la abuela materna con hipertensión arterial, además fue su primer embarazo (primigesta), y embarazo precoz (19 años de edad).

En un estudio de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo realizado en el área de Emergencia ginecológica del Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo se logró determinar que de las 3400 gestantes que fueron objeto de estudio, 125 presentaron preeclampsia y eclampsia, a su vez, dentro de este grupo solo 8 llegaron a presentar como cuadro clínico específicamente la eclampsia (33).

Además, en dicho estudio también mencionan que, 83 pacientes es decir el 66% presentó como antecedente patológico personal y familiar la hipertensión arterial, 80 pacientes fueron primigesta (64%) y el porcentaje restante multigesta, lo cual guarda relación con nuestro caso clínico (34). Así mismo en otro estudio realizado en el área de Gineco –

Obstetricia del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos, se obtiene resultados similares ya que existió mayor prevalencia (12,3%) con antecedentes de trastornos hipertensivos personales o familiares, (75%) eran primíparas y un (50.2%) perteneció al grupo etario menor a 20 años de edad (39).

Todo lo antes descrito, guarda relación con nuestro caso clínico, ya que la paciente era primigesta, tenía 19 años de edad, antecedente familiar de hipertensión arterial y por ende experimentó elevación de la presión arterial, entre las manifestaciones clínicas están alteración de la visión, edema periférico y convulsiones.

Por otro lado, los principales patrones funcionales alterados fueron Cognitivo - perceptivo, Nutricional - metabólico, Percepción y mantenimiento de la salud. El patrón que se priorizó en primer lugar fue Cognitivo – perceptivo, el cual se enfocó específicamente en evitar que presente un nuevo episodio de convulsiones para no agravar el cuadro clínico de la paciente con un daño neurológico. Se carece de estudios actualizados sobre la eclampsia utilizando patrones funcionales, sin embargo, en el estudio realizado por Mayón Banco D. sobre los “cuidados de enfermería en paciente con síndrome de Hellp basado en la teoría de Marjory Gordon”, el cual es un trastorno hipertensivo complejo derivado de la eclampsia, priorizaron el riesgo de la disminución de líquidos por el descenso de la hemoglobina y el hematocrito y se aplicaron intervenciones orientadas a controlar la cantidad de ingresos y egresos (39).

El segundo patrón alterado fue Nutricional – Metabólico, nos enfocamos en el equilibrio hídrico, en la estabilidad de la ingesta y eliminación de la paciente para poder estabilizar sus signos vitales, principalmente la presión arterial y disminuir el edema periférico. Mientras que, en el estudio mencionado anteriormente, como segundo patrón optaron por la permeabilidad de las vías aéreas con el propósito de evitar la broncoaspiración en base a las condiciones clínicas.

El tercer patrón fue Percepción y mantenimiento de la salud, nos centramos en los conocimientos deficientes sobre la importancia de los métodos anticonceptivos y los controles prenatales que poseía la paciente, por lo cual brindamos educación en enfermería para evitar complicaciones en futuras gestaciones (28). Sin embargo, en el estudio descrito anteriormente optan como tercer patrón en el deterioro de la integridad cutánea con finalidad

de evitar signos de infección en la herida quirúrgica y úlceras por presión debido a su estancia hospitalaria (27).

#### **4.2. CONCLUSIONES**

Tras la finalización de la presente investigación de tipo cualitativa – descriptiva se logró evidenciar que los cuidados de enfermería que se le proporcionó a la paciente, en este caso, con diagnóstico de eclampsia puerperal, basados en la taxonomía internacional, NANDA, NIC y NOC, fueron apropiados para recuperar de manera satisfactoria la salud de la paciente, todo con la aplicación desde un enfoque humanístico, holístico y con bases científicas.

En cuanto a los factores de riesgo asociados a la presencia de eclampsia, en el presente estudio, sobresalen la edad materna (19 años), antecedentes patológico familiar, IMC 37 kg y primer embarazo, no se encontraron hallazgos relevantes sobre alteración en las plaquetas, creatinina, sin embargo, se evidenció proteinuria (+++) y LDH elevado, como indicadores de una eclampsia inminente.

El modelo de Marjory Gordon permitió realizar una valoración exhaustiva para identificar las alteraciones en los patrones funcionales de la paciente y así contribuir en la aplicación de las actividades para evitar futuras complicaciones y conseguir la recuperación integral de la paciente.

Durante el puerperio, se pueden presentar diferentes complicaciones gineco - obstétricas, entre ellas la eclampsia, por lo cual las intervenciones iniciales de la presente investigación están orientadas a evitar que se presente un nuevo episodio convulsivo, por este motivo se continuó con la administración de la dosis de mantenimiento del Sulfato de Magnesio, monitorización de constantes vitales, oxigenoterapia y valoración de las escalas. El personal de enfermería representa un papel importante en el manejo de pacientes eclámpticas, por lo cual deben adquirir de manera continua conocimientos científicos a través de la auto preparación y la práctica basada en la evidencia (9,10).

El correcto balance hídrico permitió evaluar los ingresos y egresos de la paciente, por lo cual los cuidados de enfermería siempre estuvieron direccionados a estabilizar las presiones arteriales y a su vez eliminar el edema periférico a nivel de extremidades inferiores. Además, nos centramos en que la paciente conozca sobre la importancia de los controles prenatales,

con el propósito de evitar complicaciones ante futuras gestaciones debido a los antecedentes que presentó (19).

Por otro lado, es oportuno mencionar que todas las unidades o establecimiento de salud están enfocadas principalmente en la prevención y promoción de salud, pero principalmente las unidades de primer nivel, las cuales captan a las gestantes desde los controles prenatales y realizan el seguimiento a las mismas, especialmente a las pacientes de alto riesgo, diagnosticando de manera oportuna la presencia de algún trastorno hipertensivo.

#### **4.3. RECOMENDACIONES**

La valoración apropiada en los casos de Eclampsia tanto en la etapa prenatal como en el período de puerperio como sucedió en el caso de estudio, es de gran importancia para evitar o en su defecto reducir el riesgo de complicaciones, secuelas o incluso muerte, para ello es recomendable que el personal de salud, entre ellos médicos y enfermeros evalúen correctamente y le den atención a cada cambio clínico a través de la valoración continua, de modo que cada paciente tenga un seguimiento adecuado y reciba el tratamiento apropiado para la condición presente.

El abordaje médico-paciente-familia, crea un vínculo de apoyo emocional que impulsa una buena actitud frente a la enfermedad, y esto mejora la condición clínica de los pacientes, aunque muchas veces no sea considerado, por ello la empatía debe ser parte del manejo terapéutico (21).

Se recomienda que el Modelo de Marjory Gordon sea aplicado como protocolo de evaluación tanto por estudiantes como por los profesionales del área de enfermería independientemente de la enfermedad, con el objetivo de facilitar la identificación de patrones alterados, lo cual puede lograrse durante el proceso de valoración clínica y la observación, pues al realizar esto se permitirá que los pacientes reciban cuidados adecuados y a su vez lograrán temprana mejoría clínica.

Por último, se debe recordar la importancia del uso correcto de la historia clínica, ya que cada dato establecido allí será de real relevancia al momento de establecer un diagnóstico

y por ende dar un tratamiento adecuado; el reporte diario y completo del personal de enfermería permitirá estructurar de forma secuencial, organizada y priorizada.

## BIBLIOGRAFÍA

1. MSP. Trastornos Hipertensivos del Embarazo. Guía de Práctica Clínica [Internet] 2017. 1-81. Disponible en: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/Luploads/2017/03/MSP\\_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/Luploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf)
2. Hernández Carratalá L. Importancia de la prevención y detección oportuna de la preeclampsia/eclampsia. Rev Eug Esp [Internet]. 2023 [citado 25 Mar 2023] ;17(1): 1-4. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5728/572873891001/572873891001.pdf>
3. Acosta Y, Bosch C, López R, Rodríguez O, Rodríguez D. Preeclampsia y eclampsia en el periodo grávido y puerperal de pacientes ingresadas en cuidados intensivos. Rev Cubana Obstet y Ginecol [Internet]. 2017 [citado 14 Ene 2023];43(4):53-60. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2017000400005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000400005)
4. Gaceta Epidemiológica de Muerte Materna. Subsecretaría Nacional de Vigilancia de Salud Pública [Internet]. 2020 [citado 14 Ene 2023]; 1-7. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/07/GACETA-SE-27-MM.pdf>
5. Vallejo A, Landázuri J, Loor K, Vallejo K. La preeclampsia – eclampsia. El fantasma latente en las mujeres embarazadas. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento [Internet]. 2019 [citado 17 Feb 2023];3(2):566-581, Disponible en: [https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/464/656#:~:text=La%20preeclampsia%20y%20eclampsia%20se,eclampsia%20\(1%2D3\).](https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/464/656#:~:text=La%20preeclampsia%20y%20eclampsia%20se,eclampsia%20(1%2D3).)  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7066865>
6. Jesús A, Jiménez M, González D, De la Cruz P, Sandoval L, Kuc L. Características clínicas, epidemiológicas y riesgo obstétrico de pacientes con preeclampsia-eclampsia.[Internet]. Rev Enferm IMSS. 2018 [citado 7 Feb 2023];26(4):256-262. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim184e.pdf>
7. Avilés Sáez Z, López Martínez EM, Driéguez Castaño C, Conesa Ferrer MB. Estudio comparativo de la recuperación postparto en base a los Patrones de Marjory Gordon.

- Enferm. Glob. [Internet]. 2019 [citado 7 Feb 2023]; 18(53): 1-17. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S169561412019000100006](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412019000100006)
8. EkbalAbd R, Mousa N. Effect of Nursing Program on Improving Nurses' Knowledge and Skills Regarding Care of Eclamptic Women. American Journal of Nursing Research. [Internet]. 2018 [citado 21 Ene 2023];6(6):430-436. Disponible en: <http://www.sciepub.com/abstract/abstract.aspx?id=AJNR&num=9649>
  9. Balla S, Abdeldafie Y, Khalid A, Mohamed A. The Effectiveness of Educational Program on Nurses' Competencies Regarding Pre-Eclampsia Care in Three Hospitals in Sudan2021. International Journal of Innovative Science and Research Technology. [Internet]. 2022 [citado 19 Ene 2023];7(7):1797-1802. Disponible en: [https://ijisrt.com/assets/upload/files/IJISRT22JUL356\\_\(1\).pdf](https://ijisrt.com/assets/upload/files/IJISRT22JUL356_(1).pdf)
  10. Raney J, Morgan M, Christmas A, Sterling M, Spindler H, Ghosh R, Mahapatra T, Walker D. Simulation-enhanced nurse mentoring to improve preeclampsia and eclampsia care: an education intervention study in Bihar, India. BMC Pregnancy and Childbirth [Internet]. 2019 [citado 22 Ene 2023];19(41):14-26. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2186-x#citeas>
  11. Velumani V, Duran Cardenas C, Hernández Guitiérrez LS. Preeclampsia: a look at a deadly disease. Rev. Fac. Med. Univ Nac Auton Mex [Internet]. 2021 [citado 13 Mar 2023];64(5): 7-18. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S002617422021000500007&script=sci\\_abstract&tlng=en](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S002617422021000500007&script=sci_abstract&tlng=en)
  12. Triviño C, Acosta F. Preeclampsia y el rol de la enfermería en la activación de la clave azul. Revista Científico-Académica Multidisciplinaria [Internet]. 2022 [citado 12 Mar 2023];2(3):1-6. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/5136>
  13. Rojas L, Rojas A, Villagómez M, Rojas A. (2019). Preeclampsia - eclampsia diagnóstico y tratamiento. Revista Eugenio Espejo [Internet]. 2019 [citado 02 Mar 2023] 13(2): 79-89. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5728/572861392011/html/>

14. Joho A, Kibusi S, Mwampagatwa J, Ernest A. Knowledge on Prevention and Management of Preeclampsia and Eclampsia among Nurses in Primary Health Settings: Baseline Findings from an Interventional Study in Dodoma Region, Tanzania. *Healt Research Journal* [Internet]. 2020 [citado 08 Feb 2023];4(1): 33–40. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8279161/>
15. Silva SCN, Alencar BR, Viduedo A FS, Ribeiro LM, Ponce de Leon CGRM, Schardosim JM. Management of severe preeclampsia in the puerperium: development and scenario validation for clinical simulation. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2021 [citado 28 Mar 2023];74(6):e20200445. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reben/a/XZNMqBKqkcPdxVhv9cTmt6t/?lang=en>
16. Gutiérrez O, Nava E, Caballero I, López D, Cisneros F, Perales J. Effectiveness of a shortened treatment with magnesium sulfate for prevention of eclampsia during puerperium. *Ginecol. Obstet. Mex.* [Internet]. 2021 [citado 22 Feb 2023];89(11): 865-874. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v89n11/0300-9041-gom-89-11-865.pdf>
17. Brito Neto RM, Pereira Ramos A, Neves Zamai L, Antunes de Carvalho T, Almeida de Souza MC, Souza Cortes JC. Pré-eclâmpsia em período puerperal. *Revista Universidad de Sao Paulo* [Internet]. 2019 [citado 05 Ene 2023];53(1):43-48. Disponible en: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/155458>
18. García J, Alonso J, Martínez E, Ibáñez L, Borrueal S. Puerperal complications: pathophysiological mechanisms and main imaging findings. *Radiología (English Edition)* [Internet]. 2021 [citado 02 Mar 2023];63(1):22-31. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-radiologia-english-edition--419-articulo-puerperalcomplicationspathophysiological-mechanisms-main-S2173510720300914>
19. Cruz S, Xavier B, Lopez O, Dal J, Souza J, Bosi T. Patient safety culture, missed Nursing care and its reasons in Obstetrics. *Rev Lat Am Enfermagen* [Internet]. 2021 [citado 03 Mar 2023];29:e3461. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8253339/>
20. Carrizo E, Domini J, Quezada R, Serra S, Soria E, Miranda A. Variaciones del estado cognitivo en el puerperio y sus determinantes: una revisión narrativa. *SciELO. Ciênc.*

- saúde coletiva. [Internet]. 2020 [citado 03 Mar 2023] 25 (8): 3321-3334. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n8/3321-3334/>
21. Lekuona M, Múgica M. Integración asistencial y funcional en el proceso de embarazo, parto y puerperio. International Journal of Integrated Care [Internet]. 2019 [citado 18 Ene 2023] 19 (1): 1-8. Disponible en: <https://ijic.org/articles/10.5334/ijic.s3497>
  22. Fernández J, Mesa C, Vilar A, Soto E, González M, Serrano E, et al. Sobrepeso y obesidad como factores de riesgo de los estados hipertensivos del embarazo: estudio de cohortes retrospectivo. Nutr [Internet]. 2018 [citado 20 Mar 2023]; 35(4):874-880. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112018000800018](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018000800018)
  23. García-Hermida MI, García-Ramírez CG, García-Ríos CA. Comportamiento clínico epidemiológico de gestantes adolescentes con hipertensión arterial. Arch méd Camaguey [Internet]. 2020 [citado 16 Abr 2023];24(4)525-537. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/2111/2111166535006/211166535006.pdf>
  24. Vazquez-Rodríguez JG, Méndez-Rodríguez YI. Tratamiento de la hipertensión arterial posparto con losartán en la preeclampsia grave. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2020 [citado 16 Abr 2023];58(5):574-582. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457768466006>
  25. Elías Sierra R, Bordelois Abdo M. S, Díaz Trujillo E. Caracterización de la morbilidad y la mortalidad materna en la unidad de terapia intensiva. Revista Información Científica [Internet]. 2018 [citado 20 Abr 2023];97(4):722-731. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551758029003>
  26. Marina Boushra MD, Sreeja M, Natesan MD, Alex Koyfman MD, Bri Long MD, Brit Long MD. High risk and low prevalence diseases: Eclampsia. The American Journal of Emergency Medicine [Internet]. 2022 [citado 19 Abr 2023];58, 223-228. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735675722003710>
  27. Van Heerden PA, Cluver C, Bergman K, Bergman L. Blood pressure as a risk factor for eclampsia and pulmonary oedema in pre-eclampsia. Pregnancy Hypertension: An International Journal of Women's Cardiovascular Health [Internet]. 2021 [citado 15

- Febr 2023];26,2-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210778921003159>
28. Ekawati E, Setyowati S, Budiati T. “Sehati” health education to improve physical and psychological adaptation of the postpartum women having pre-eclampsia. *Enferm Clin* [Internet]. 2019 [citado 28 Mar 2023];29(S2):199-204. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862119301548>
29. Gevara Ríos E, Perez Aliaga C, Peña Meniz W, Limay Ríos O, Santibáñez L, Ching Ganoza S, et al. Prevención y manejo clínico de pre eclampsia y eclampsia: Guía de práctica clínica basada en evidencias del instituto de referencia nacional en salud materna del Perú. *An Fac Med* [Internet]. 2019 [citado 22 Marz 2023];80(2):243-9. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7772548>
30. Lacanza Paredes RO, Sanis Moya F, Jiménez Espinoza ML, Vera del Carpio C. Epidemiología y manifestaciones neurológicas asociadas a eclampsia en un hospital de referencia del Perú. Serie de casos. *Rev. Peru. Ginecol. Obst.* [Internet]. 2018 [citado 22 Marz 2023];64(2):163-168. Disponible: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322018000200002&Ing=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000200002&Ing=es)
31. Gaus D, Guevara A, Herrera D. Preeclampsia/Eclampsia. *Práct fam rural* [Internet]. 2019 [citado 11 Abr 2023];4(2):6. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7527382>
32. Bravo Andrés N, Ledesma Redrado A, Ribelles Moreno L, Maestro Cebamanos S, Delgado Roche E. Plan de cuidados de enfermería en la preeclampsia. A propósito de un caso. *Revista Sanitaria de Investigación* [Internet]. 2021 [citado 4 Abr 2023];2(7):2. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8068568>
33. Cando-Baque CA, Barreto-Pincay GM, Montaña-Parrales GM, Borbór-Sanchez LX, Manrique-Regalado GL, García-Sigcha AJ. Preeclampsia y eclampsia en pacientes atendidas en el área de emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda julio 2016 – junio del 2017. *Dom. Cien.* [Internet]. 2018 [citado 6 Abr 2023];4(3):278-293. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/6560181.pdf>

34. Falla-Zúñiga LF, Cleves-Acevedo JC, Saldarriaga-Gil W. Tratamiento de la eclampsia y miastenia gravis: reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2021 [citado 3 abr 2023];86(6): 583-590. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071775262021000600583](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262021000600583)
35. Segovia Vázquez MR. Criterios de severidad de la enfermedad hipertensiva del embarazo. Rev. Nac. (Itauguá) [Internet]. 2018 [citado 2 feb 2023];10(2):105-120. Disponible en: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2072-81742018000200105](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-81742018000200105)
36. Salas Ramírez B. Trastornos hipertensivos del embarazo: comparación entre la guía de la Caja Costarricense del Seguro Social del 2009 y las recomendaciones de la Asociación de Ginecología Obstetricia del 2019. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2020 [citado 2 Feb 2023];5(7):e532. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/download/532/901?inline=1>
37. Espinoza Diaz C, James Edward N, Morocho Zambrano A, Falconez Cobeña K, Freire Wong M, Córdova Vivas M, et al. Características clínicas y complicaciones asociados a preeclampsia y eclampsia en pacientes del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos. Revista Latinoamericana de Hipertensión [Internet]. 2019 [citado 28 Abr 2023];14(2):201-204. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1702/170263775014/170263775014.pdf>
38. Moreira-Flores MM, Montes-Vélez RS. Incidencia y severidad de la preeclampsia en el Ecuador. Dom. Cien. [Internet]. 2022 [citado 28 Abr 2023];8(1):876-884. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8383458#:~:text=En%20Ecuador%20la%20preeclampsia%20constituye,ellas%20el%2020%25%20presentaron%20complicaciones.>
39. Mayón Banchon DE. Cuidados de enfermería en paciente adolescente con Síndrome de Hellp completo según el modelo de Marjory Gordon. Machala: Universidad Técnica de Machala; 2021. Disponible en:

[http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/16481/1/T-4187\\_MAY%c3%93N%20BANCHON%20DENNISSE%20ELIZABETH.pdf](http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/16481/1/T-4187_MAY%c3%93N%20BANCHON%20DENNISSE%20ELIZABETH.pdf)

## ANEXOS

### ANEXO 1. Plan de cuidados - Patrón alterado: cognitivo/perceptivo

<b>DIAGNÓSTICO (NANDA)</b>	<b>Dominio 4:</b> Actividad / Reposo	<b>Clase 4:</b> Respuestas cardiovasculares / pulmonares.
	<b>Código (00024)</b> Perfusión tisular inefectiva <b>relacionado</b> con eclampsia <b>manifestado por</b> disminución del nivel de conciencia, escala de Glasgow 10/15, en el período postictal <b>Definición:</b> Disminución de la circulación tisular cerebral, que puede comprometer la salud.	
<b>RESULTADOS (NOC)</b>	<b>Dominio II:</b> Salud fisiológica	<b>Clase II:</b> Neurocognitivo
	<b>Código (2511)</b> Estado neurológico <b>Definición:</b> Capacidad del sistema nervioso central y periférico para recibir, procesar y responder a los estímulos externos e internos.	
<b>INTERVENCIONES (NIC)</b>	<b>Código (2620)</b> Monitorización neurológica <b>Definición:</b> Recogida y análisis de los datos del paciente para evitar o minimizar las complicaciones neurológicas. <b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar de manera constante los signos vitales para identificar de manera oportuna variaciones en los mismos: PA, FC, FR, T, SpO2. Además, evaluar SCORE MAMA, escala APACHE, escala SOFA, escala de riesgo de caídas MORSE y el estado neurológico a través de la escala de GLASGOW.</li> <li>• Vigilar las características del habla: fluidez, presencia de afasias o dificultad para encontrar palabras.</li> <li>• Mantener la vía aérea permeable.</li> <li>• Continuar con la oxigenoterapia.</li> <li>• Administrar medicación prescrita.</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cloruro de Sodio 0,9% 380 ml + Sulfato de Magnesio 20% 12 ampollas pasar intravenosa (IV) a 48 ml/h (durante 24 horas).</li> <li>• Cloruro de Sodio 0,9% 80 ml + Fentanilo 1000 UCG pasar intravenosa (IV) a 4 ml/h.</li> <li>• Diazepam 10 mg intramuscular (IM), por razones necesarias (PRN).</li> <li>• Haloperidol 10 mg intramuscular (IM), por razones necesarias (PRN).</li> <li>• Permanecer con el paciente, por la probabilidad de que se presenten nuevos episodios de convulsiones tónico-clónicas.</li> </ul>				
<b>EVALUACIÓN</b>					
<b>INDICADORES</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
(090901) Conciencia.			X		✓
(090917) Presión sanguínea.			X		✓
(090923) Orientación cognitiva.			x		✓
<b>INTERPRETACIÓN DE ESCALA:</b> 1=grave; 2=sustancial; 3=moderado; 4=leve; 5=ninguno.					
<b>PUNTAJE</b>	<b>Mantener a _9_</b>		<b>Aumentar a __15__</b>		
<b>DIANA:</b>	<b>X</b>		<b>✓</b>		

*Fuente: Autoras.*

ANEXO 2. . Plan de cuidados - Patrón alterado: Nutricional/Metabólico

<b>DIAGNÓSTICO (NANDA)</b>	<b>Dominio 2:</b> Nutrición	<b>Clase 5:</b> Hidratación
	<b>Código (00155)</b> Exceso de volumen de líquidos <b>relacionado con</b> compromiso de los mecanismos reguladores <b>manifestado por</b> alteración de la presión arterial 130/80 mmHg y edema periférico. <b>Definición:</b> Aumento en el aporte y/o retención de líquidos	
<b>RESULTADOS (NOC)</b>	<b>Dominio II:</b> Salud Fisiológica.	<b>Clase G:</b> Líquidos y electrolitos.
	<b>Código (0601)</b> Equilibrio Hídrico <b>Definición:</b> Equilibrio de agua en los compartimentos intracelulares y extracelulares del organismo. equilibrio de agua en los compartimentos intracelulares y extracelulares del organismo.	
<b>INTERVENCIONES (NIC)</b>	<b>Código (4120)</b> Manejo de Líquidos <b>Definición:</b> Mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales o no deseados. mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales o no deseados. <b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorización de los signos vitales y del estado hemodinámico de la paciente, incluyendo presión arterial media (PAM).</li> <li>• Realizar un registro preciso de entradas y salidas a través del control de ingesta y eliminación en conjunto con el balance hídrico.</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar si hay indicios de retención de líquidos (edema periférico en miembros inferiores).</li> <li>• Administrar medicación intravenosa, según prescripciones médicas. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lactato de Ringer 1000 ml + 2 ampollas de Cloruro de potasio 2 mEq/ml pasar intravenosa (IV) a 60 l/h.</li> <li>• Nifedipino 20 mg vía oral (VO) c/8 horas.</li> <li>• Cefazolina 1gr IV c/8 horas</li> <li>• Gentamicina 160 mg IV QD</li> </ul> </li> </ul>				
<b>EVALUACIÓN</b>					
<b>INDICADORES</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
(060101) Presión arterial		X			✓
(060107) Entradas y salidas diarias equilibradas.				X	✓
(060112) Edemas periféricos.			X		✓
<b>INTERPRETACIÓN DE ESCALA:</b> 1=grave; 2=sustancial; 3=moderado; 4=leve; 5=ninguno.					
<b>PUNTAJE DIANA:</b>	Mantener a <u>  9  </u>		Aumentar a <u>  15  </u>		
	X		✓		

*Fuente: Autoras.*

ANEXO 3. Plan de cuidados - Patrón alterado: Percepción y mantenimiento de la salud

<b>DIAGNÓSTICO (NANDA)</b>	<b>Dominio</b> 5: Percepción/cognición	<b>Clase 4:</b> Cognición
	<p><b>Código (00126)</b> Conocimientos deficientes <b>relacionado con</b> información insuficiente y mala interpretación de la información sobre métodos anticonceptivos e importancia de controles prenatales <b>manifestado por</b> embarazo no planificado y complicaciones puerperales.</p> <p><b>Definición:</b> Carencia de información cognitiva relacionada con un tema específico, o su adquisición.</p>	
<b>RESULTADOS (NOC)</b>	<b>Dominio IV:</b> Conocimiento y conducta de salud.	<b>Clase S:</b> Conocimientos sobre salud
	<p><b>Código (1803)</b> Conocimiento: proceso enfermedad.</p> <p><b>Definición:</b> Grado de conocimiento transmitido sobre el proceso de una enfermedad y las complicaciones potenciales.</p>	
<b>INTERVENCIONES (NIC)</b>	<p><b>Código (5602)</b> Enseñanza: proceso de enfermedad</p> <p><b>Definición:</b> Ayudar al paciente a desarrollar, en lo posible, habilidades para identificar síntomas, prevenir complicaciones, en definitiva, controlar el proceso de la enfermedad y los cuidados necesarios.</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educar sobre los factores de riesgo y sintomatología de los trastornos hipertensivos, con la finalidad de que el cuadro clínico no se suscite por segunda ocasión.</li> <li>• Explicar signos y síntomas de alarma de la eclampsia y sus complicaciones en el puerperio</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindar educación acerca de las complicaciones que puede ocasionar los problemas hipertensivos tanto en el feto y la gestante.</li> <li>• Proporcionar información sobre el tratamiento a seguir luego de recibir el alta y la importancia de los controles postparto.</li> </ul> <p><b>Código (6784)</b> Planificación familiar: anticoncepción</p> <p><b>Definición:</b> Ayudar al paciente a determinar y obtener métodos de prevención del embarazo.</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el conocimiento del adolescente sobre anticoncepción y planes de selección de un método anticonceptivo.</li> <li>• Educar a la paciente sobre los diferentes métodos de anticoncepción.</li> <li>• Aplicar los criterios de elegibilidad para la toma de decisión de un método anticonceptivo.</li> </ul>				
<b>EVALUACIÓN</b>					
<b>INDICADORES</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
(180303) Factores de riesgo.		X			✓
(180306) Signos y síntomas de la enfermedad.		X			✓
(180308) Estrategias para minimizar la progresión de la enfermedad.		X			✓
(180309) Complicaciones			X		✓

potenciales de la enfermedad.					
(180315) Beneficios del control de la enfermedad.			X		✓
<b>INTERPRETACIÓN DE ESCALA:</b> 1=Ninguno; 2=Escaso; 3=Moderado; 4=Sustancial; 5=Extenso					
<b>PUNTAJE DIANA:</b>	Mantener a <u>12</u>		Aumentar a <u>25</u>		
	X		✓		

*Fuente: Autoras.*

### Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a la participante esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participante.

La presente investigación es conducida por **Laddy Carolina Pilco Vargas y Damary Jamilet Rodríguez Carrión**, estudiante de enfermería y Lic. Christel Alexandra Orellana Peláez Mgs. Docente de la Universidad Técnica de Machala, Carrera de enfermería. El objetivo de este estudio es: **Analizar su caso PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON ECLAMPسيا DURANTE EL PUERPERIO BASADA EN LA TEORÍA DE MARJORY GORDON.**

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas a través de una entrevista esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo y visitas domiciliarias durante la investigación, lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Laddy Carolina Pilco Vargas - Damary Jamilet Rodríguez Carrión.  
He sido informado (a) de que la meta de este estudio es:  
Netamente investigativa

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Laddy Carolina Pilco Vargas al teléfono 0981774608.  
Damary Jamilet Rodríguez Carrión al teléfono 0991422334.

Valeria Danisca Corazo Rúa  03/01/2023  
-----  
Nombre del Participante                      Firma del Participante                      Fecha



## UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA

D.L. NO. 69-04 DE 14 DE ABRIL DE 1969

*Calidad, Pertinencia y Calidez*

**FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**SECCIÓN/CARRERA:**

Oficio nro. 13 UTMACH-FCQS-CC-ENF  
Machala, 15 de febrero del 2023

**Doctora:**

Dra. Laury Rojas Romero

**Directora del Hospital Teófilo Dávila**

**Doctora:**

María del Cisne Quizhpe

**Coordinadora de Docencia - Investigación Hospital Teófilo Dávila**

Presente. -

De mi consideración:

Con un cordial saludo y deseándole muchos éxitos en sus funciones, por medio del presente solicito a usted, comedidamente, se autorice a quien corresponda, el acceso a la **Historia Clínica N° 502984**, a los estudiantes del Octavo semestre "A" de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala, para que puedan recabar información necesaria y realizar el Análisis de Caso con el tema **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON ECLAMPسيا DURANTE EL PUERPERIO BASADA EN LA TEORÍA DE MARJORY GORDON**, el mismo que es requerido en el proceso de titulación para obtener el grado de Licenciada/o en Enfermería.

Se guardará la debida confidencialidad de los datos del paciente y el nombre de la institución; se cuenta con el debido consentimiento informado y firmado por el usuario.

Las estudiantes a intervenir en este análisis de caso son:

- **PILLCO VARGAS LADDY CAROLINA**  
C.I. 0706820180
- **RODRÍGUEZ CARRIÓN DAMARY JAMILET C.I**  
0706039708

Esperando que el presente tenga una acogida favorable, me suscribo muy atentamente.

SANDRA VERONICA FALCONI PELAEZ  
Firmado digitalmente por SANDRA VERONICA FALCONI PELAEZ  
Fecha: 2023.02.15 10:54:25 -05'00'

Lcda. Sandra Falconi Pelaez, Mgs  
**Coordinadora -Carrera de Enfermería**  
SS/SF Lcda. Christel Orellana, Mgs



# UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA

D.L. NO. 69-04 DE 14 DE ABRIL DE 1969

*Calidad, Pertinencia y Calidez*

## FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD CARRERA DE ENFERMERÍA

SECCIÓN/CARRERA:

Oficio nro. 13 UTMACH-FCQS-CC-ENF  
Machala, 15 de febrero del 2023

**Doctora:**

Dra. Laury Rojas Romero

**Directora del Hospital Teófilo Dávila**

**Doctora:**

María del Cisne Quizhpe

**Coordinadora de Docencia - Investigación Hospital Teófilo Dávila**

Presente. -

De mi consideración:

Con un cordial saludo y deseándole muchos éxitos en sus funciones, por medio del presente solicito a usted, comedidamente, se autorice a quien corresponda, el acceso a la Historia Clínica N° 502984, a los estudiantes del Octavo semestre "A" de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala, para que puedan recabar información necesaria y realizar el Análisis de Caso con el tema **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON ECLAMPسيا DURANTE EL PUERPERIO BASADA EN LA TEORÍA DE MARJORY GORDON**, el mismo que es requerido en el proceso de titulación para obtener el grado de Licenciada/o en Enfermería.

Se guardará la debida confidencialidad de los datos del paciente y el nombre de la institución; se cuenta con el debido consentimiento informado y firmado por el usuario.

Las estudiantes a intervenir en este análisis de caso son:

- **PILLCO VARGAS LADDY CAROLINA**  
C.I. 0706820180
- **RODRÍGUEZ CARRIÓN DAMARY JAMILET C.I**  
0706039708

Esperando que el presente tenga una acogida favorable, me suscribo muy atentamente.

SANDRA VERONICA FALCONI PELAEZ  
Firmado digitalmente por SANDRA VERONICA FALCONI PELAEZ Fecha: 2023.02.15 10:54:23 -05'00'

Lcda. Sandra Falconi Pelaez, Mgs  
**Coordinadora -Carrera de Enfermería**  
SSISF Lcda. Christel Orellana, Mgs.

SECRETARÍA GENERAL PÚBLICA  
HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA  
SECRETARÍA GENERAL  
RECIBIDO POR  
Fecha: 15-02-2023  
16:55

Memorando Nro. MSP-CZ7-HTD-DAS-2023-0274-M

Machala, 27 de febrero de 2023

**PARA:** Lcda. Enf. Sandra Veronica Falconi Pelaez

Sra. Mgs. Alexandra Elizabeth Benalcázar Martínez  
**Analista de Admisiones / Analista Responsable de Admisiones**

**ASUNTO:** AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR LA ELABORACIÓN DE UN ANÁLISIS DE CASO SOBRE "PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON ECLAMPسيا DURANTE EL PUERPERIO BASADO EN LA TEORÍA DE MARJORY GORDON"

Saludo cordial, en atención al Oficio No.13 UTMACH-FCQS-CC-ENF, suscrito por la coordinadora de la carrera de enfermería e ingresado por ventanilla única, con memorando MSP-CZ7-HTD-VU-2023-0299-E, en la que solicita autorización para la revisión de la historia clínica N° 502984, a las estudiantes del octavo semestre, paralelo " ", de la carrera de enfermería, de la Universidad Técnica de Machala:

ESTUDIANTE	CECULA	CELULAR
VALCO VARGA LADDY CAROLIN	0682618009	81774608
RODRIGUEZ C. RRIÓN DAMARY J. MILETO	0607970809	1122334

Luego del análisis por el Departamento de Docencia e Investigación, mencionadas estudiantes realizarán la elaboración del análisis de caso sobre "PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON ECLAMPسيا DURANTE EL PUERPERIO BASADO EN LA TEORÍA DE MARJORY GORDON"

Ante lo expuesto, se autoriza a las estudiantes de enfermería realizar dicho análisis, y solicito de la manera más comedida a la responsable del área de Admisiones del Hospital General Teófilo Dávila, dar la apertura, brindar la información y permitir la recolección de datos de dicho expediente a las estudiantes que se comprometen en resguardar siempre la confidencialidad de los mismos, para la elaboración del análisis de caso, como parte fundamental en el proceso de titulación para la obtención del grado de licenciada en enfermería.

Cabe mencionar que dicho estudio no involucra el manejo de muestras biológicas, y tampoco utiliza financiamiento de entidades públicas.

Tutora de Tesis Asignada por UTMACH: Lcda. Christel Alexandra Orellana Peláez  
Mgs.

Particular que comunico para fines pertinentes.



**Memorando Nro. MSP-CZ7-HTD-DAS-2023-0274-M**

**Machala, 27 de febrero de 2023**

Atentamente,

*Documento firmado electrónicamente*

Mgs. Laury Lucrecia Rojas Romero  
**MEDICA GENERAL EN FUNCIONES HOSPITALARIAS / DIRECTORA  
ASISTENCIAL ( E )**

Referencias:

- MSP-CZ7-HTD-VU-2023-0299-E

Copia:

Sra. Dra. Maria Del Cisne Quizhpe Chilingua  
**Médico General en Funciones Hospitalarias / Responsable de Docencia e Investigación /  
Consulta Externa**

mq



LAURY LUCRECIA  
ROJAS ROMERO

Dirección: Buenavista y Boyacá  
Código postal: 070205 / Machala-Ecuador. Teléfono: +593-7-3701-780  
[www.htdeloro.gob.ec](http://www.htdeloro.gob.ec)



República  
del Ecuador

2/2

\* Documento firmado electrónicamente por Quixax