



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA



COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXÁMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO(A) EN LA CARRERA DE ENFERMERÍA.

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO:

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTE QUE CURSA
LAS 38 SEMANAS DE GESTACIÓN CON DIAGNÓSTICO DE ECLAMPSIA.

AUTORA:

ZULAY NINIBETH CHÁVEZ ALCÍVAR

BABAHOYO- LOS RIOS – ECUADOR

2018



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA
UNIDAD DE TITULACION**



TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

[Handwritten signature]

LCDA. BLANCA CECILIA ALVAREZ MACIAS, MSC.
DECANA
O DELEGADO (A)

[Handwritten signature]

LCDA. MARIA CECIBEL VERA MARQUEZ, MSC.
COORDINADOR DE LA CARRERA
O DELEGADO (A)

[Handwritten signature]

LCDA. TANIA ISABEL ESTRADA CONCHA, MSC.
COORDINADOR GENERAL DEL CIDE
O DELEGADO (A)

[Handwritten signature]

LCDA. DALILA GOMEZ ALVARADO
SECRETARIA GENERAL (E)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO



Índice General

Portada I

Índice General III

Título VI

Introducción 1

I. Marco Teórico 3

Eclampsia 3

1.1 Hipertensión en el Embarazo 3

1.2 Descripción de la Eclampsia 5

1.3 Etiología 6

1.4 Factores de riesgo para Eclampsia 6

1.5 Cuadro Clínico 7

1.6 Fisiopatología 10

1.7 Diagnóstico 11

1.8 Tratamiento 14

1.9 Seguimiento 21

1.10 Complicaciones 21

1.11 Prevención 22

1.12 Justificación 23

1.13 Objetivos 25

Objetivo General 25

Objetivos Específicos 25

1.14 Datos Generales del paciente 26

II. Metodología Del Diagnóstico	26
2.1 Análisis Del Motivo De Consulta	26
2.2 Historial Clínico Del Paciente	27
2.3 Anamnesis	28
2.4 Análisis y Descripción De Las Conductas Que Determinan El Origen Del Problema	28
2.5 Exploración Clínica	29
2.6 Formulación Diagnostica Previo a Análisis De datos.	32
2.7 Conducta a Seguir	33
2.8 Plan De Cuidados Enfermeros a Pacientes con Eclampsia	34
2.9 Indicación De Las Razones Científicas De Las Acciones De Salud, considerando Valores Normales	42
2.10 Seguimiento	43
2.11 Observación	44
III. Conclusiones	45
IV. Referencias Bibliográficas	46
V. Anexos	48

Indice de Tablas

Tabla 1 Cuadro Clinico	8
Tabla 2 Guía de Valores de Exámenes de Laboratorio	13
Tabla 3 Orígenes del problema	28
Tabla 4 Proceso de Atención Enfermera	34

Tabla 5	Proceso de atención Enfermera	35
Tabla 6	Proceso de atención Enfermera	36
Tabla 7	Proceso de atención Enfermera	37
Tabla 8	Proceso de atención Enfermera	38
Tabla 9	Proceso de atención Enfermera	38
Tabla 10	Proceso de atención enfermera	40
Tabla 11	Proceso de atención Enfermera	41

Índice de Figuras

<i>Figura 1.</i>	Criterios y Definiciones para la Clasificación de los trastornos Hipertensivos del embarazo.	48
<i>Figura 2.</i>	Criterios de gravedad y afectación de órgano blanco en preclampsia.	48
<i>Figura 3.</i>	Equivalencia de Proteinuria en tirilla reactiva.	48

Título

Proceso De Atención De Enfermería Aplicado a Paciente Que Cursa Las 38 Semanas De
Gestación Con Diagnóstico De Eclampsia.

Introducción

El presente estudio de caso está basado en dar a conocer las partes más relevantes del riesgo de manifestar Eclampsia en el embarazo y sobre qué medidas a tomar por parte del personal de enfermería para evitar efectos nocivos que comprometan a la salud materno infantil.

Por lo que acabo mencionar, los licenciados (as) de enfermería son profesionales que están comprometidos a brindar cuidados inmediatos, sanitarios, y así restaurar la salud en circunstancias ajenas a lo esperado o por falta de conocimientos de los pacientes. Para llevar un control debido en el área hospitalaria en el presente caso de una paciente de 30 años de edad que cursa un Embarazo de 38 semanas de gestación más la presencia de Eclampsia que fue transferida desde una Unidad de Primer Nivel, Subcentro Gualberto Andrioli de la ciudad de Montalvo.

Mi finalidad como estudiante de la Carrera de Enfermería es exponer las características clínicas y epidemiológicas del caso, con el fin de que el Proceso de Atención de Enfermería este basado en el Modelo teórico enfermero de Virginia Henderson, en el siglo XXI el cual es dirigido al cuidado de las personas por ciclos de la vida; cuidado que se aborda mediante el proceso de enfermería utilizando al sustento teórico y filosófico en el desarrollo del Embarazo, siendo esta etapa del ser humano considerada como trascendental pues implica la continuidad de la especie humana, el cual debe ser puesto en práctica en los objetivo de los

cuidados, papel e intervención enfermera y en las consecuencias de la intervención, para llegar a la recuperación de la salud materna-fetal.

Debo mencionar que este documento está constituido de una introducción, historia natural de la patología, justificación, objetivos generales y específicos, planes de cuidado, todo con respecto a la finalidad de conocer los cuidados a tomar en busca de restablecer la salud y confort de la usuaria para así lograr una buena calidad de vida.

I. Marco Teórico

Eclampsia

1.1 Hipertensión en el Embarazo

La eclampsia es el grado más grave de la hipertensión en el embarazo, que incluye hipertensión gestacional, preeclampsia y eclampsia propiamente dicha. Esta forma parte de uno de los Trastornos hipertensivos en embarazo, que no es más que un conjunto amplio de condiciones que acompañan la elevación de la presión arterial durante el embarazo.

Muchos casos adquieren formas leves, pero otros pueden ser muy severos hasta llegar a producir un gran impacto en la salud de la madre y el bebé. (Hipertension y Embarazo, s.f)

La hipertensión en el embarazo continúa siendo un problema mayor de salud perinatal en todo el mundo. Es una de las causas de prematuridad, mortalidad perinatal y figura además en las primeras causas de muerte materna tanto en países industrializados, como en los de desarrollo. Su incidencia oscila entre de 0.1 al 35%.

Una mujer embarazada puede tener hipertensión sea porque lo padecía antes de quedar en embarazo o porque lo desarrolló durante la gestación.

1.1.1 **Hipertensión gestacional.** Cuando el cuadro de hipertensión se presenta solamente después de las 20 semanas, en una mujer que no era previamente hipertensa, esta puede ser leve o moderada, en ausencia de proteína en la orina y desaparece después del parto. (El parto es nuestro, s.f.) Ya en su aparición generalmente permanece durante el resto de embarazo, pero tiene a desaparecer en el transcurso de las 12 semanas postparto. (Pinheiro, s.f.)

Paciente que presenta valores de TA mayores de 140/90 mmHg, embarazo mayor a 20 semanas, mujer normotensa, proteinuria 24 Horas menor 300 mg, Tirilla reactiva Negativa; se considera como HG. (MSP, Guia Practica Clinica, 2013) (MSP, Norma Protocolo Materno, 2008)

1.1.2 **Preeclampsia.** Es una complicación del embarazo que se caracteriza por un cuadro de hipertensión arterial y proteinuria que inicia después de las 20 semanas de gestación. En algunas pacientes esta patología causa daño a órganos de importancia, tales como placenta, hígado, riñones, pulmones, cerebro u otros. (Pinheiro, s.f.) (Lopez, 2006)

Cualquier embarazada con cifras de TA igual o mayor a 140/90 mmhg, presente más de 300 mg de proteínas en orina de 24 horas, acompañada o no de hiperuricemia (ácido úrico mayor o igual a 6mg% o mayor a 350 mmol/L), tirilla reactiva ++ se debe considerar como preclámpica. (Voto, s.f) (MSP, Guia Practica Clinica, 2013) (MSP, Norma Protocolo Materno, 2008)

1.2 Descripción de la Eclampsia

La Eclampsia es la forma más grave de toxemia durante el embarazo y se presenta por convulsiones, hipertensión, proteinuria, edema general, o coma en la mujer con preeclampsia después de las 20 semanas de gestación, el parto o en las primeras horas puerperio sin tener afección neurológica.

Se encuentra entre las causas principales de muerte materna y atribuye de manera importante en la morbilidad perinatal. Hoy se sabe que las convulsiones se presentan generalmente en una embarazada que ha pasado por las etapas anteriores de la enfermedad. (Wikipedia, 2018)

La preeclampsia y eclampsia afecta el 3 a 7 % de las mujeres en gestación. Hasta el 25% de los casos aparecen en el posparto, mas preciso durante los primeros 4 días o hasta las 6 semanas consiguientes.

Por lo general la preeclampsia no tratada aparece lentamente durante un tiempo y luego repentinamente progresa a eclampsia, la cual ocurre de 1/100 mujeres con diagnóstico de eclampsia. La eclampsia no tratada es fatal. (Preclampsia y Eclampsia, s.f)

1.2.1 **Convulsiones tónico clónicas generalizas.** Son denominadas como crisis de gran mal. Son crisis epilépticas que comprometen a todo el cuerpo que inician con rigidez muscular y continúan con contracciones musculares violentas y pérdida de conciencia. (MSP, Salud.bog.ec, 2016)

1.3 Etiología

La naturaleza exacta del acontecimiento primario de la causa de la eclampsia se desconoce todavía. Se considera de origen multifactorial incluyendo alteraciones placentarias, vasculares, genéticas, metabólicas, hepáticas, renales, hepatológicas, inmunológicas o mixtas, neurológicas, cerebrales, a las que se sumaría factores culturales, sociales, económicos y geográficos. (Preclampsia y Eclampsia , 2002)

Es difícil saber que mujeres tendrán convulsiones. Aunque las mujeres que pueden presentar alto riesgo padecen preeclampsia grave. Por eso es importante vigilar sus síntomas premonitorios y estar en vigilancia. (Medlineplus, 2016)

1.4 Factores de riesgo para Eclampsia

- ✚ Primigestas y multíparas de edad avanzada.
- ✚ Edad: menor de 18 o mayor de 35 años.
- ✚ Peso: menor de 50 Kg u obesidad.

- ✚ Existencia de enfermedades crónicas como: hipertensión, diabetes mellitus, enfermedad renal, enfermedad ocular, enfermedad vascular del colágeno (lupus eritematoso sistémico).
- ✚ Mola hidatiforme.
- ✚ Complicación en la gestación: embarazo múltiple, feto grande, hidropesía fetal, polihidramnios.
- ✚ Preeclampsia durante un embarazo anterior.
- ✚ Antecedentes familiares de preeclampsia.
- ✚ Trastornos Trombóticos (Síndrome de los anticuerpos antifosfolipídicos). (Preeclampsia y Eclampsia, s.f)

1.5 Cuadro Clínico

Se reporta que el 42% de los casos de Eclampsia se encuentra hipertensión severa con cantidades tensionales diastólicas igual o mayor a 110mmHg.

No todas las mujeres tendrán síntomas de preeclampsia antes de presentar convulsiones, en ocasiones esta puede ser asintomática. La preeclampsia grave puede causar daño orgánico. Las manifestaciones pueden incluir:

- ✚ Cefaleas.
- ✚ Alteraciones visuales.

- ✚ Confusión.
- ✚ Dolor Epigástrico o en el cuadrante superior derecho del abdomen (que refleja isquemia hepática o distensión capsular).
- ✚ Náuseas, vómitos.
- ✚ Disnea (que refleja edema pulmonar, un síndrome de distrés respiratorio agudo SDRA).
- ✚ Disfunción cardíaca secundaria al aumento de la poscarga.
- ✚ Accidente Cerebrovascular.
- ✚ Oliguria (que refleja la disminución del volumen plasmático o una necrosis tubular aguda isquémica). (Preclampsia y Eclampsia, s.f)
- ✚ Aumento de peso de más de 2 libras (1 Kilo) por semana.
- ✚ Hinchazón de las manos y caras. (Medlineplus, 2016)

Los Síntomas de Eclampsia son:

- ✚ Molestias o dolores musculares.
- ✚ Convulsiones (Crisis epilépticas).
- ✚ Agitación intensa.
- ✚ Pérdida de Conocimientos.

Tabla 1
Cuadro Clínico

En el cuadro clínico de eclampsia debe de descartarse la presencia de:	Síntomas Premonitorios
--	------------------------

Hemorragia Subaracnoidea.	Cefalea intensa persistente 50-70 %
Trombosis de senos subdurales.	Alteraciones Visuales 20-30%
Intoxicación Hídrica.	Dolor Epigástrico 20%
Epilepsia.	Nauseas-Vómitos 10-15%
Neurosis Convulsiva.	Desorientación, alteraciones mentales transitorias 5-10%

Nota. Fuente: (MSP, Salud.bog.ec, 2016), Elaboración del cuadro Zulay Chávez Alcívar.

Se debe vigilar la aparición de Hipertensión Arterial Extrema, la hiperactividad de los reflejos tendinosos profundos y el clonus. Las convulsiones pueden evitarse con reposos en cama, en habitación tranquila y oscura. Vigilar con sumo cuidado el estado general de la madre y del bebe como Tensión Arterial, diuresis, frecuencia cardiaca del feto. (Wikipedia, 2018)

Las convulsiones tónico clónicas focales o generalizadas pueden ocurrir durante el trabajo de parto o puerperio inmediato. La gravedad resulta de la persistencia de las convulsiones, compromiso multiorgánico y activación de la coagulación; las complicaciones más temidas son los hematomas y el edema cerebral difuso con hipertensión endocraneana.

Cuando esta por desencadenarse la crisis convulsiva, hay un corto de tiempo prodromico llamado eclampsismo que se presenta con:

- ✚ Trastornos nerviosos: como excitabilidad acentuada y cefalea frontooccipital.
- ✚ Elevación aguda de la Presión Arterial.
- ✚ Diplopía.

- ✚ Escotomas.
- ✚ Amaurosis.
- ✚ Vértigos.
- ✚ Zumbidos.
- ✚ Hormigueo en cara y en las manos.
- ✚ Epigastralgia.
- ✚ Sequedad en la boca.
- ✚ Hiperreflexia.

1.5.1 **Coma Eclámptico.** La paciente preclámptica grave que presente eclampsismo más o menos evidente, puede caer en sopor o repentinamente en coma. Este caso es más grave como cuando se presenta en otras ocasiones un coma y después las convulsiones. El coma puede ser de pocas horas o llegar a un tiempo de 12 o 24 horas, cuando se prolonga la embarazada puede morir. (Slide Share, 2014)

1.6 Fisiopatología

De los Síntomas anteriormente expuestos, a los que se añade convulsión o coma; las cuales obligan al diagnóstico después de la vigésima semana del embarazo. La Hipertensión Arterial en el 85% de los casos, el edema con el 75%, y proteinuria con el 70% si están presentes. La tendencia de la oliguria haciéndose más evidente pudiendo llegar a anuria. (Slide Share, 2014)

La fisiopatología no está aun comprendida en la actualidad, los factores pueden incluir arteriolas espiraladas uteroplacentarias no desarrolladas (que disminuye el flujo uteroplacentario durante la última parte de la gestación), una anomalía en el cromosoma 13, anomalías inmunitarias e isquemia o infarto placentario. La peroxidación lipídica de las membranas celulares inducidas por radicales libres que pueden contribuir a la preeclampsia y por consiguiente a eclampsia. (Preeclampsia y Eclampsia, s.f)

1.7 Diagnóstico

El diagnóstico se establece cuando la paciente que padecen preeclampsia presenta convulsiones o estado de coma, en ausencia de otras causas de convulsiones. (Preeclampsia y Eclampsia , 2002)

Se presume por los síntomas y la presencia de Hipertensión. Definida con tensión arterial mayor de 140/90 mmhg. Excepto en emergencias, la Hipertensión debe ser controlada en un intervalo de 4 horas y superior a dos mediciones. La excreción de proteínas en la orina se mide en recolección de 24 horas. La proteinuria se identifica cuando es mayor de 300 mg/24 horas. Con la alternativa que la proteinuria se diagnostica basándose en consiente proteína: creatinina mayor a 0,3mg/dl o una lectura de tira reactiva 1+, que se utiliza solo y cuando otros métodos de identificación no están disponibles. La ausencia de proteinuria con la toma de tira reactiva y análisis de orina rutinarios no descarta la presencia de preeclampsia-eclampsia.

En ausencia de proteína, La eclampsia se diagnostica si la gestante presenta hipertensión de reciente inicio junto a la aparición de cualquiera de los siguientes.

- ✚ Trombocitopenia (plaquetas menores a 100.000 / μ L) .
- ✚ Insuficiencia renal (creatinina sérica mayor a 1,1 mg/dl o duplicación de la creatinina de suero en mujeres sin enfermedad renal).
- ✚ Deterioro de la función hepática (transaminasas mayores de 2 veces al valor normal).
- ✚ Edema pulmonar.
- ✚ Síntomas Cerebrales o visuales. (Preclampsia y Eclampsia, s.f)

1.7.1 Diagnóstico Diferencial. Se debe relacionar y comprobar si la sintomatología presente coincide con alguna de las enfermedades a continuación:

- ✚ Epilepsia.
- ✚ Traumatismo Cerebral.
- ✚ Hemorragia Subaracnoidea.
- ✚ Aneurisma cerebral roto.
- ✚ Coma barbitúrico e hipoglicémico.

1.7.2 Pruebas y exámenes de Diagnóstico. El medico llevara a cabo el examen físico para buscar causas de las convulsiones. Hay que examinar regularmente la Presión Arterial y la Frecuencia Respiratoria para su control. (MSP, Salud.bog.ec, 2016)

Se realizan exámenes de sangre para evidenciar el caso un hemograma completo y la prueba de orina los cuales son:

Tabla 2
Guía de Valores de Exámenes de Laboratorio

Valores	Biometría	
	Normal	Alterado
Hematocrito (HCT)	33- 44 %	> 45%
HB	11- 14 g/dl	<10 g/dl
Factores de coagulación sanguínea		
Recuento de plaquetas	150 a 450/ mm ³	<100, 000 / mm ³
Fibrinógeno	200-400 mg/dl (2-4 g/l).	>400 mg/dl
Química Sanguinea		
Niveles de Creatinina	0.5 – 0,9 mg/dl	> 1 g/ mL
Acido Úrico	2.0 - 6.0 mg/dl	> 6 mg/dL
Bilirrubina	1.1 mg/dl	>1.2 mg/dL
Enzimas Hepáticas		
AST o TGO	20 a 38 U/L	>70 U/L
ALT o TGP	21 a 40 U/L	>70 U/L
LDH	63-224 U/L	> 600 U/L
Proteína en Orina.	<150mg/l	> 5 g en 24 h
Urea	10 -45 mg/dl	>45 mg/dl

Oliguria	-	<500 mL en 24 h
----------	---	-----------------

Nota. Fuente: (Maternofetal.net, s.f.) (Palma, 2015) (Giménez, 2012) (Silva, s.f.), Elaborado por Zulay Chavez Alcívar.

1.8 Tratamiento

Para el manejo de la eclampsia, se recomienda control estricto de la presión arterial y uso de fármacos antihipertensivos intravenosos.

1.8.1 Medida Generales y Terapéuticas.

Durante la convulsión inicial, se recomienda proteger a la paciente:

- ✚ Proteger las vías respiratorias superiores y la ventilación.
- ✚ En lo posible la colocación de cánula de Guedel.
- ✚ Aspirar secreciones de las vías respiratorias superiores.
- ✚ Colocar a la mujer sobre su lado izquierdo.
- ✚ Evitar traumatismos durante la crisis convulsiva.
- ✚ Evitar mordedura de la lengua.
- ✚ Colocar vía intravenosa: dos vías periféricas intravenosas de grueso calibre (catlón N°16 o 14)
- ✚ Una vez que se han realizado los procedimientos previos se puede iniciar la administración de sulfato de magnesio.

- ✚ Mantener una adecuada oxigenación. Mantener la vía aérea permeable y administrar oxígeno, manteniendo oximetría de pulso para control de hipoxia.
- ✚ Instalar sonda Foley (para cuantificar volumen urinario y proteinuria).
- ✚ Medición de la Presión Arterial, frecuencia cardíaca materna y fetal; y de la frecuencia respiratoria, valorar la coloración de piel, conjuntivas, reflejos osteotendinosos, reflejos pupilares, presencia de equimosis o petequias, y estado de conciencia.
- ✚ Extraer sangre para estudio de laboratorio y muestra de orina para verificar valores de proteinuria y confirmar diagnóstico.
- ✚ Cuando una paciente con eclampsia se encuentra estable, se puede considerar la interrupción del embarazo por parto o cesárea según el score de Bishop y de la condición materno fetal. Se debe procurar realizar el nacimiento antes de 12 horas de realizado el diagnóstico. (MSP, Salud.bog.ec, 2016)

1.8.2 **Sulfato de Magnesio.** En cuanto a una eclampsia o una preeclampsia grave se diagnostica, debe administrarse sulfato de magnesio para detener o prevenir las convulsiones y reducir la actividad refleja. (**Preclampsia y Eclampsia, s.f**)

1.8.2.1 *Preparación y administración de sulfato de magnesio en eclampsia.*

Impregnación. 30 ml de Sulfato de Magnesio al 20 % (6g) más 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.

Mantenimiento. 100 ml de sulfato de magnesio al 20% (20g) más 400ml de solución isotónica, pasar 50ml/hora en bomba de infusión o 17 gotas/ minuto con equipo de venoclisis (2g/hora).

1.8.2.2 Dosis de Impregnación para el tratamiento de eclampsia.

- ✚ Administrar sulfato de magnesio 6g vía intravenosa en 20 minutos.
- ✚ La presentación de sulfato de magnesio al 20% viene en ampolla de 10 ml. Líquido parenteral y cada ampolla contiene 2 g de sulfato de magnesio.
- ✚ Administración intravenosa en bomba de infusión para la dosis de impregnación: diluya 2 ampollas de sulfato de magnesio al 20% (30 ml corresponde a 6g) en 70 ml de solución isotónica y administre el volumen total de 100 ml en bomba de infusión a razón de 300 ml / hora en 20 minutos.
- ✚ De no disponer de bomba de infusión se debe administrar la preparación indicada con equipo de venoclisis a razón de 100 gotas/minutos en 20 minutos.

1.8.2.3 Dosis para el mantenimiento de la Eclampsia

- ✚ Administrar sulfato de magnesio intravenoso a razón de 2 g/hora en infusión continua.
- ✚ Administración intravenosa en bomba de infusión: diluya 10 ampollas de sulfato de magnesio al 20% (100ml corresponde a 20g), en 400 ml en solución isotónica y administre el volumen total de 500 ml a razón de 50ml/hora.

- ✚ De no disponer de bomba de infusión se debe administrar la preparación indicada con equipo de venoclisis a 17 gotas por minuto.
- ✚ La opción administrada es una sola opción de administración, el personal médico o de enfermería puede optar por cualquier dilución.

1.8.2.4 Identificación y manejo de intoxicación por sulfato de magnesio

Ante sospecha clínica de intoxicación por sulfato de magnesio (frecuencia respiratoria menor de 12 por minuto, paro respiratorio, bradipnea o paro cardiaco) se debe administrar el antídoto que es gluconato de calcio.

Recomendaciones para el manejo de la intoxicación por sulfato de magnesio. Se recomienda administrar gluconato de calcio, una ampolla de 1 g intravenoso al 10% lento de 3 a 10 minutos.

Puntos de buena práctica para el manejo de la intoxicación por sulfato de magnesio. Administre oxígeno a 4 L/minuto por catéter nasal o 10 L/ minuto por máscara. Use oximetría de pulso si está disponible. En casos de complicación proceder a intubación endotraqueal y asistencia respiratoria mecánica.

1.8.3 Tratamiento de convulsiones recurrentes. Las convulsiones recurrentes con tratamiento intravenosos deben tratarse con un bolo adicional de 2 g de sulfato de

magnesio en 20 minutos y un incremento de la función de mantenimiento de 2 g o 3g/hora, con un monitoreo clínico frecuente para detectar los signos de intoxicación como pérdida de reflejo rotuliano, frecuencia respiratoria menor de 12 por minuto y diuresis menor a 30cc/hora durante 4 horas previas.

No se debe acceder a la administración de 8g de sulfato de magnesio sumados los bolos adicionales a la dosis de impregnación en caso de persistencia de convulsiones.

Si dos de estos bolos no controlan las convulsiones deben considerarse otros fármacos:

- ✚ Diazepam 5 a 10 mg intravenoso cada 5 o 10 minutos a una velocidad menor a 5 mg/min y la dosis máxima de 30mg. El diazepam controla las convulsiones a los 5 minutos en más del 80% de las pacientes.
- ✚ Midazolam 1 a 2 mg intravenosos en bolo a una velocidad de 2mg/minuto. Se pueden administrar bolos adicionales cada 5 minutos hasta que cedan las convulsiones, dosis máxima de 7,5mg.

1.8.4 **Supervisión clínica de la paciente con sulfato de magnesio.** El fármaco se elimina completamente por orina, por lo que, para evitar niveles plasmáticos de toxicidad, se debe constatar un ritmo de diuresis horaria suficiente (30 ml/hora al menos), por sonda vesical a bolsa recolectora. Si disminuye la diuresis horaria, se debe reducir velocidad de infusión a la mitad o retirar, si no responde a expansión controlada. Garantizada la adecuada respuesta diurética, podrá reinstalarse la infusión de sulfato de magnesio.

Frecuencia respiratoria \geq a 12 respiraciones/minuto, control cada 30 minutos. La depresión respiratoria se manifiesta con magnesemias por encima de 10 a 13 mEq/L. Reflejo rotuliano presente, control cada 30 minutos. La desaparición del reflejo patelar se manifiesta con magnesemias por encima de 7 a 10 mEq/L.

El sulfato de magnesio está contraindicado en pacientes con Miastenia Gravis. No se debe realizar magnesemias de control de manera rutinaria, pero se requiere monitoreo clínico estricto. (MSP, Salud.bog.ec, 2016)

1.8.5 Tratamiento Sintomático. Las pacientes internadas reciben Lactato de ringer o solución salina al 9%, comenzando con 125 ml/hora (para aumentar la producción de la orina). La oliguria persistente se trata con una prueba de carga de líquidos cuidadosamente monitorizada. Por lo general no se utilizan diuréticos. Rara vez se requiere monitoreo con la arteria pulmonar y, si es necesario se realiza consulta con especialista de cuidados intensivos y en UCI. Las pacientes anúricas con normovolemia pueden adquirir vasodilatadores renales o diálisis.

Si aparecen convulsiones con la terapia de sulfato de magnesio, puede administrarse diazepam o Lorazepam por vía intravenosa, e hidralazina o labetalol en dosis prescritas para disminuir la tensión arterial sistólica entre 140 o 155 mm Hg y la diastólica entre 90 y 105 mm Hg.

1.8.6 **Parto o cesárea.** Debe usarse el método mas eficiente. El tratamiento es la extracción del feto mediante parto o cesárea. Sin embargo, en riesgo de una extracción temprana del feto se debe evaluar tomando en cuanto a la edad gestacional, el grado del problema de preeclampsia o eclampsia y la respuesta de otro tratamiento. El parto o cesárea después la estabilización materna (control de convulsiones, iniciando con el control de la presión arterial) se indica para:

- ✚ Un Embarazo mayor al de 37 semanas.
- ✚ Eclampsia.
- ✚ Preeclampsia grave si el embarazo es mayor a 34 semanas o si es la madurez. pulmonar fetal.
- ✚ Deterioro de la función renal, pulmonar, renal o hepática.
- ✚ Resultados de preocupación en la monitorización fetal o algún otro examen.

Otro tratamiento dirige a mejorar la salud materna, que en general favorece la salud fetal. Si el parto puede postergarse en embarazo de 32 o 34 semanas, es posible administrar corticoides durante 48 horas para facilitar la maduración de los pulmones fetales.

La mayoría de las pacientes deben internarse. Aquellas con eclampsia y pre eclampsia grave se internan en una unidad de cuidados.

Si estas patologías no se resuelven antes del parto, lo hacen generalmente después de él, a las 6 o 12 horas de este. Todas las pacientes reciben sulfato de magnesio durante las 24 horas posteriores al parto.

1.9 Seguimiento

Las pacientes deberán ser evaluadas cada una o dos semanas después del alumbramiento y con control de la presión arterial. Si aun la presión continua en aumento 6 semanas después del parto, las pacientes podrían tener hipertensión arterial crónica y deberán ser referidas al medico tratante para su revisión y continuo tratamiento.

1.10 Complicaciones

Podría efectuarse una restricción de crecimiento o la muerte fetal. El vasoespasmo difuso multifocal puede conllevar a una isquemia materna. Que compromete al daño de órganos, en especial al cerebro, riñones, hígado, hipoxia placentaria. Las mujeres que tienen preeclampsia-eclampsia tienen riesgo a desprendimiento prematuro de la placenta en embarazo actual o futuros, debido a la relación con la insuficiencia útero-placentaria.

Los problemas de coagulación de la sangre, si el sistema de coagulación esta activo, dado a la posibilidad de disfunción de las células endoteliales se produce activación plaquetaria. El síndrome de Hellp (hemólisis, prueba de función hepática elevada y bajo

recuento de plaquetas) aparece el 10 al 20% de las mujeres con preeclampsia grave o eclampsia; esta incidencia es 100 veces mas a los embarazos normales (1 a 2/1000). La mayoría de las mujeres en embarazo con este síndrome tienen hipertensión y proteinuria, pero otras no lo tienen. (Preclampsia y Eclampsia, s.f)

1.11 Prevención

En control oportuno prenatal es la mejor manera de prevención de preeclampsia y eclampsia en el embarazo, porque permitiría detectarlas y tratarlas antes que se desarrolle de manera inesperada en el organismo de la embarazada. Cuando las mujeres gestantes se controlan con pruebas y cuidados prenatales regulares la preeclampsia se la puede detectar a temprano inicio y la mayoría de los problemas se previenen. Pero si se diagnostica a la enfermedad en un estadio avanzado y el bebe es prematuro, se recomienda un exhaustivo control de presión arterial, peso y orina; y reposo en cama.

El parto se puede inducirse en casos graves de preeclampsia y eclampsia. En embarazos menores de 24 semanas de gestación se recomendaría realizar el parto, pero las probabilidades de vida del feto son pocas. Se debe usar sulfato de magnesio para prevenir la aparición de convulsiones. (Wikipedia, 2018)

1.12 Justificación

Mi presentación de este caso, es por la alta prevalencia de embarazos con complicaciones y consecuencias que afectan directamente a la salud; y el grado de exposición que presenta los pacientes que presentan Eclampsia.

A nivel mundial, del 10 al 15 por ciento de las muertes maternas directas (es decir, como resultado de las complicaciones obstétricas del embarazo), están asociados con la preeclampsia – eclampsia”.

En América Latina, una cuarta parte de las muertes maternas han sido asociadas con las complicaciones derivadas de los trastornos hipertensivos gestacionales; la preeclampsia y eclampsia se destacan como las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Estas muertes en su mayoría son evitables mediante la prestación de atención oportuna y eficaz a las mujeres que presentan esta complicación. (MSP, Salud.bog.ec, 2016)

Como precursora de la salud tengo la finalidad de detectar los factores de riesgo que existen en la paciente luego de elaborar el proceso de atención enfermero para poder fomentar en la promoción de salud, la importancia del autocuidado y vigilancia oportuna en la gestación, prevención de posibles enfermedades, mejorando la calidad y modificando la perspectiva de salud.

Cabo recalcar que además de que la ejecución de este documento es una guía oportuna para tomar acciones adecuadas de enfermería en busca de dar solución a complicaciones por Eclampsia. En la realización del mismo me ayudó a diagnosticar, reforzando conocimientos que adquirí en la trayectoria de mis estudios, distinguiendo los diagnósticos oportunos y así tener una mejor habilidad en el manejo de Nanda, NIC y NOC.

1.13 Objetivos

Objetivo General

Aplicar el proceso de atención de enfermería mediante la realización de diagnósticos enfermeros de la Taxonomía Nanda, para poder aplicar los cuidados inmediatos y dar solución a las problemáticas presentadas por Eclampsia gestacional en un embarazo de 38 semanas.

Objetivos Específicos

- ✚ Realizar las valoraciones Enfermera para determinar los puntos claves a intervenir con la paciente.
- ✚ Identificar y plantear los planes de cuidados de Enfermería.
- ✚ Dar a conocer las posibles complicaciones que enfatizan a la repercusión de la enfermedad.
- ✚ Aportar mediante el plan de cuidados de enfermería un adecuado restablecimiento de salud de la paciente.

1.14 Datos Generales del paciente

- + **Nombre y apellidos:** xxx.
- + **Género:** Femenino.
- + **Edad:** 30 años.
- + **Lugar y fecha de nacimiento:** xxx.
- + **Dirección:** Montalvo.
- + **Estado civil:** Casada.
- + **Ocupación:** xxx.
- + **Nacionalidad:** Ecuatoriana.
- + **Grupo Sanguíneo:** xxx.
- + **Raza:** xxx.
- + **Nivel de Estudios:** xxx.
- + **Profesión:** xxx.
- + **Nivel Sociocultural/económico:** xxx.

II. Metodología Del Diagnóstico

2.1 Análisis Del Motivo De Consulta

Paciente de sexo Femenino de 30 años de edad acude al área de emergencia al ser transferida de la unidad de primer Nivel, Subcentro Gualberto Andrioli de la ciudad de

Montalvo por presentar convulsiones Tónico clónicos, con evolución de 3 horas con aumento de Presión Arterial 210/110 mmHg en embarazo de 38 semanas.

2.2 Historial Clínico Del Paciente

2.2.1 Antecedentes Familiares

El esposo de la paciente refiere que no tiene patologías familiares.

2.2.2 Antecedentes Quirúrgicos

El esposo de la paciente refiere que no ha sido intervenida quirúrgicamente.

2.2.3 Antecedentes Ginecológicos

El esposo refiere que es su primer embarazo, pero que no se realizaba los controles propios del embarazo.

 **FUM:** El esposo de la paciente no refiere conocer.

 **Gestas:** Una.

 **Partos:** No.

 **Cesáreas:** No.

2.3 Anamnesis

Paciente de sexo Femenino de 30 años de edad sin antecedentes familiares de hipertensión, presenta convulsiones Tónico clónicos, con evolución de 3 horas en aumento de Presión Arterial 210/110 mmHg en embarazo de 38 semanas, al momento fue recibida en emergencia realizándole todos los protocolos para luego darle ingreso al área de quirófano donde se la esperaba para ser intervenida previa estabilización.

2.4 Análisis y Descripción De Las Conductas Que Determinan El Origen Del Problema

Al analizar el cuadro clínico con el que ingresa la paciente pude identificar que la causa de la patología de Eclampsia es la falta de controles prenatales oportunos durante el periodo de embarazo, para identificarla oportunamente y evitar riesgos maternos y fetales.

Es muy común en embarazos que prevalecen a dichos antecedentes y que preceden de intensos dolores de cabeza y cambios visuales que arrojan a la presencia de convulsiones.

Tabla 3
Orígenes del problema

Variable	Conceptual	Operacional	Indicador
----------	------------	-------------	-----------

Eclampsia	Desarrollo de Convulsiones tónico – clónico generalizadas y/o de coma inexplicado a partir de la segunda mitad del embarazo, durante el parto o puerperio, no atribuible a otra patologías.	Eclampsia Complicada Eclampsia Tardía	Proteinuria Hipertensión Convulsiones
Hipertensión	Presión excesivamente alta de la sangre sobre la pared de las arterias.	HA Primaria HA Secundaria	Presion Arterial Alta
Convulsiones	Son crisis epilépticas que comprometen a todo el cuerpo, generalmente inician con rigidez muscular y a continuación contracciones musculares violentas y pérdida de conciencia.	C. Focales C. Generalizadas	Cambios Visuales Cefalea Mareo Vómito

Nota. Fuente: (Butman, 2014) (MSP, Salud.bog.ec, 2016) (Medline Plus, 2017), Elaboración del cuadro Zulay Chávez Alcívar.

2.5 Exploración Clínica

2.5.1 Inspección general

 **Cabeza.** Simétrica, normocefálica, reflejos oculares adecuados, con implantación uniforme del cabello.

- ✚ **Fascie.** Algica, Piel pálida y mucosas hidratadas, sudoración profusa.
- ✚ **Oídos.** Se muestran simétricos, proporcional al resto del cuerpo, íntegros, flexibles, hipotérmicos.
- ✚ **Nariz.** Se encuentra proporcional al resto del cuerpo, simétrica, ausencia de aleteo nasal, hidratada, sin presencia de lesión.
- ✚ **Cuello.** Simétrico, no adenopatías no ingurgitación yugular.
- ✚ **Tórax.** Simétrico, expansible.
- ✚ **Abdomen.** Asimétrico, globuloso por presencia de feto único, vivo, encajado.
- ✚ **Extremidades.** simétricas, móviles.
- ✚ **Movimientos voluntarios (Marcha).** Ausentes.
- ✚ **Movimientos involuntarios (Convulsiones, temblores).** Presentes.

A la exploración de la paciente se evidenció la presencia de convulsiones Tónico clónica con evolución de 3 horas se identifican los siguientes parámetros y se identifica Diagnóstico de Embarazo de 38 semanas de gestación más Eclampsia.

2.5.2 Signos Vitales

- ✚ Presión Arterial: 210/110 mmHg.
- ✚ Frecuencia Respiratoria: xx.
- ✚ Frecuencia Cardíaca: xx.
- ✚ Temperatura: xx.
- ✚ SpO2:xx.

2.5.3 Medidas Antropométricas

+ Peso: No refiere

+ Talla: No refiere

Por la complicación del caso y el tiempo de embarazo adecuado para el alumbramiento se decide intervenir quirúrgicamente previa estabilización de la paciente según los protocolos establecidos para complicaciones por Eclampsia.

2.5.4 Exámenes de Laboratorio

No se evidencia en el caso.

2.5.5 Valoración De Enfermería por Patrones Funcionales Alterados

+ Patrón Percepción y manejo de la Salud

Esposo de la paciente refiere que no se hacia los controles oportunos durante el embarazo.

+ Patrón Nutricional Metabólico

No valorable.

+ Patrón de Eliminación

Podria evidenciarse retención de líquidos.

+ Patrón de Actividad y Ejercicio

La Presencia de la Tensión Arterial de 210/110 mmHg.

 **Patrón de Sueño Descanso**

No valorable.

 **Patrón Cognitivo-Perceptual**

Presencia de Convulsiones Tónico Clónicas con evolución de 3 horas y aumento de TA.

 **Autopercepción y Autoconcepto**

No valorable.

 **Rol Relaciones**

No valorable.

 **Sexualidad y Reproducción**

Esposo refiere que es Primigesta y transcurre un embarazo de 38 semanas de gestación sin controles oportunos.

 **Afrontamiento y Tolerancia al Estrés.**

No valorable.

 **Valores y Creencias**

No valorable.

2.6 Formulación Diagnostica Previo a Análisis De datos.

2.6.1 Diagnóstico Médico

Eclampsia.

2.7 Conducta a Seguir

Las Acciones a realizar en complicaciones por la presencia de Eclampsia de parte de Enfermería son:

- + Monitorizar Signos Vitales.
- + Canalizar vía periférica.
- + Instaurar el tratamiento con sulfato de magnesio según prescripción médica.
- + Control de líquidos y diuresis horaria.
- + Colocar sonda vesical si el caso lo precede.
- + Vigilar ventilación mecánica y mantener vis aéreas superiores permeables.
- + Aspirar secreción de vías superiores.
- + Valoración de coloración de piel, conjuntivas, reflejos pupilares, presencia de equimosis o petequias estado de la conciencia.
- + Vigilar reposo en decúbito lateral izquierdo para favorecer el riesgo útero placentario.
- + Mantener a la paciente en una habitación semioscura, sin ruido ya que el sistema nervioso se encuentra expuesto por la disritmia cerebral que provoca las convulsiones.
- + Vigilar la actividad uterina.
- + Evitar autolesiones.
- + Tomar FC Fetal.
- + Brindar apoyo emocional.
- + Luego de la estabilización previa de la paciente se realiza intervención quirúrgica para la extracción fetal.

2.8 Plan De Cuidados Enfermeros a Pacientes con Eclampsia

2.8.1 Diagnóstico de Enfermería

Dominio 8. Sexualidad.

Clase 3. Reproducción.

00209. Riesgo de Alteración del diada Materno.

Riesgo de Alteración de Diada Materno Fetal relacionada con complicaciones del embarazo, aumento severo de la Presión Arterial teniendo como consecuencia la presencia de convulsiones por Eclampsia gestacional.

Tabla 4
Proceso de Atención Enfermera

RESULTADOS	Indicadores
Dominio II: Salud fisiológica Clase AA: Respuesta terapéutica 2301- Respuesta a la medicación	<ul style="list-style-type: none"> • Efectos terapéuticos esperados presentes • Cambios esperados en los síntomas • Reacción Alérgica • Efectos adversos
INTERVENCION	Actividades
Campo 2: Fisiológico Clase H: Control de Fármacos 2300- Administración de medicación	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar la medicación con la técnica y vías adecuadas. • Vigilar los signos y síntomas

- Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por el medicamento administrado

EVALUACION

Prevenir el riesgo de Diada Materno/Fetal al controlar las convulsiones a través de la administración del sulfato de magnesio para evitar complicaciones de hipoxia fetal.

Nota. Fuente: (T Heather Herdmsn, 2012) (Sue Moorhead, 2014) (Gloria M. Bulechek, 2014), Elaboración propia.

Tabla 5
Proceso de atención Enfermera

RESULTADOS	Indicadores
Dominio V: Salud Percibida Clase V: Sintomatología 2112-Severidad de la Hipertensión	<ul style="list-style-type: none"> • Visión Borrosa • Cefaleas • Dificultad Respiratoria • Sudoración excesiva • Convulsiones • Aumento de la presión arterial sistólica • Aumento de la Presión arterial Diastólica
INTERVENCION	Indicadores
Campo 4: Seguridad Clase V: Control de riesgos 6680- Monitorización de Signos Vitales	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de Signos Vitales Según corresponda • Observar las tendencias y fluctuación de la Presión Arterial • Monitorizar la TA después de que el paciente tome medicación • Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel
EVALUACION	<p>Vigilar las constantes vitales que refleja el estado funcional de la paciente para poder realizar una interpretación oportuna si reinciden la presencia de las convulsiones</p>

Nota. Fuente: (T Heather Herdmsn, 2012) (Sue Moorhead, 2014) (Gloria M. Bulechek, 2014). Elaboración propia

Tabla 6
Proceso de atención Enfermera

RESULTADOS	Indicadores
Dominio I: Salud Funcional Clase B: Desarrollo y Crecimiento 0111- Estado Fetal Prenatal	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia cardiaca fetal • Frecuencia del Movimiento Fetal
INTERVENCION	Actividades
Campo 5: Familia Clase W: Cuidado de un nuevo bebe 6800- Cuidados del embarazo de alto riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la presencia de factores médicos relacionados con malos resultados del embarazo (hipertensión y convulsiones) • Realizar pruebas para evaluar estado fetal.
EVALUACION	Vigilancia de estado fetal para prevenir alguna complicación al manejar un embarazo de alto riesgo y así poder fomentar resultados de salud óptimos para procedimientos a intervenir en la mejoría de la gestante.

Nota. Fuente: (T Heather Herdmsn, 2012) (Sue Moorhead, 2014) (Gloria M. Bulechek, 2014) Elaboración propia

2.8.2 Diagnóstico. De Enfermería

Dominio 2. Nutrición.

Clase 5. Hidratación.

00025. Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos.

Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos relacionado con falta en controles prenatales por la presencia de Convulsiones que evidencian Eclampsia gestacional.

Tabla 7
Proceso de atención Enfermera

RESULTADOS	Indicadores
Dominio II: Salud Fisiológica Clase G: Líquidos y electrolitos 0603- Severidad de la sobrecarga de líquidos	<ul style="list-style-type: none"> • Edema de manos, piernas • Edema generalizado • Cefalea • Convulsiones • Coma • Disminución de la diuresis.
INTERVENCION Campo 2: Fisiológico Complejo Clase N: Perfusión Tisular 4250- Manejo de líquidos	<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar un registro de control de ingresos y egresos • Realizar sondaje vesical si es preciso • Controlar los resultados relevantes de laboratorio en la retención de líquidos • Monitorizar el estado hemodinámico • Monitorizar Signos vitales • Consultar con el médico si los signos y síntomas de exceso de líquido empeoran o persiste • Evaluar la ubicación y extensión del edema si lo hubiese. • Administra terapia IV según corresponda <p>Al vigilar mediante un registro el ingreso y egreso de líquidos podremos determinar el estado hemodinámico que la paciente presenta, controlando la retención de líquidos y evitar complicaciones para la madre o el producto para procedimientos a intervenir.</p>
EVALUACION	

Nota. Fuente: (T Heatlher Herdmsn, 2012) (Sue Moorhead, 2014) (Gloria M. Bulechek, 2014) Elaboración propia

2.8.3 Diagnóstico de Enfermería

Dominio 11. Seguridad y Protección.

Clase 2. Lesión física.

00155. Riesgo de caídas.

Riesgo de caídas relacionado con la presencia de convulsiones tónico clónicas que producen pérdida total de la conciencia, e intervención quirúrgica (cesárea) secundaria a la presencia de Eclampsia.

Tabla 8
Proceso de atención Enfermera

RESULTADOS	Indicadores
Dominio IV: Conocimiento y conducta de Salud Clase Q: Conducta de Salud 1620: Autocontrol de Convulsiones	<ul style="list-style-type: none"> • Describe los factores precipitantes de convulsiones • Obtiene atención médica inmediata si aumenta la frecuencia de convulsiones • Obtiene la medicación necesaria
INTERVENCION	Actividades
Campo 2: Fisiológico complejo Clase I: Control Neurológico 2690: Precaución contra las convulsiones	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el régimen de los fármacos • Proporcionar una cama de baja altura si procede • Mantener las barandillas elevadas • Mantener una vía aérea bucal a la cabecera del paciente • Mantener un ambú a la cabecera del paciente • Mantener un dispositivo de aspiración a la cabecera del paciente
EVALUACION	Evitar y prevenir el riesgo de caídas que provoque un accidente a un problema que complique el estado de la mujer y él bebe.

Nota. Fuente: (T Heather Herdmsn, 2012) (Sue Moorhead, 2014) (Gloria M. Bulechek, 2014) Elaboración propia

Tabla 9
Proceso de atención Enfermera

RESULTADOS	Indicadores
-------------------	--------------------

Dominio II: Salud Fisiológica
Clase AA: Respuesta terapéutica
2305: Recuperación quirúrgica; postoperatorio inmediato

- Vías aéreas permeables
- Presión Arterial Sistólica
- Presión arterial Diastólica
- Pulso
- Temperatura Corporal
- Frecuencia cardiaca
- Frecuencia Respiratoria
- Saturación de Oxígeno
- Nivel de conciencia

INTERVENCION

Campo 2.: Fisiológico complejo

Clase I: Control neurológico

2620- Monitorización neurológica

Campo 4: Seguridad

Clase V: Control de riesgos

6680 monitorización de Signos Vitales

Actividades

- Vigilar el nivel de conciencia
- Comprobar el nivel de orientación
- Vigilar la escala de coma de Glasgow
- Monitorizar los Signos Vitales
- Observar si el paciente presenta cefalea
- Comprobar el estado respiratorio

EVALUACION

Vigilancia en todos los signos de alerta en la puérpera para que se presente una recuperación post quirúrgica adecuada y no reincida a las convulsiones.

Nota. Fuente: (T Heatlher Herdmsn, 2012) (Sue Moorhead, 2014) (Gloria M. Bulechek, 2014) Elaboración propia

2.8.4 Diagnóstico de Enfermería:

Dominio 8. Sexualidad.

Clase 3. Reproducción.

00221. Proceso de maternidad ineficaz.

Proceso de maternidad ineficaz relacionado con visitas de salud esporádicas durante el embarazo manifestado por presencia de convulsiones y aumento de TA debido a la presencia de Eclampsia.

Tabla 10
Proceso de atención enfermera

RESULTADOS	Indicadores
Dominio IV: Conocimiento y Conducta de la Salud Clase S: Conocimiento sobre salud 1810: Conocimiento: gestación	<ul style="list-style-type: none"> • Importancia de la atención prenatal frecuente • Signos de alarma de las complicaciones del embarazo • Importancia de la educación prenatal
INTERVENCION	Actividades
Campo 3: Conductual Clase S: Educación para los pacientes 5602: Educar para la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Describir los signos y síntomas más comunes de la enfermedad • Describir el proceso de la patología • Comentar las opciones de tratamiento. • Describir el fundamento de las recomendaciones de control y tratamiento.
EVALUACION	Fomentar la adquisición de conocimientos de los controles propios del embarazo para controlar el bienestar físico de la madre y el bebe, y así reducir las complicaciones de Eclampsia que puedan conllevar a un riesgo de muerte.

Nota. Fuente: (T Heather Herdmsn, 2012) (Sue Moorhead, 2014) (Gloria M. Bulechek, 2014) Elaboración propia

2.8.5 Diagnóstico de Enfermería

Dominio 4. Actividad y Reposo.

Clase 4. Respuestas Cardiovasculares.

00201. Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz.

Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz relacionado con hipertensión y crisis convulsiva.

Tabla 11
Proceso de atención Enfermera

RESULTADOS	Indicadores
Dominio II: Salud Fisiológico Clase J: Neurocognitiva 0909- Estado Neurológico	<ul style="list-style-type: none"> • Conciencia • Tamaño pupilar • Reactividad Pupilar • Presión sanguínea • Actividad Comicial
Dominio IV: Conocimiento y conducta de Salud Clase Q: Conducta de Salud 1620: Control de Convulsiones	<ul style="list-style-type: none"> • Mantiene la adecuada provisión de Medicamentos
INTERVENCION	Actividades
Campo 2: Fisiológico Complejo Clase I: Control Neurológico 2550- Mejora la perfusión	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el estado Neurológico • Administrar Medicamentos • Vigilar el estado Respiratorio
2620-Monitorización Neurológica	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de pupilas • Comprobar el nivel de orientación • Vigilar las tendencias en la escala de coma de Glasgow
2680- Manejo de las convulsiones	<ul style="list-style-type: none"> • Permanecer con el paciente durante la crisis • Administra anticonvulsivos prescritos • Vigilar los signos vitales • Aplicar oxigeno si lo requiere • Registrar duración de la crisis • Registrar información de la crisis
EVALUACION	<p>Monitorear la administración de medicación prescrita para mejorar el estado de conciencia de la paciente y evitar riesgos de carácter neurológicos.</p>

Nota. Fuente: (T Heatlher Herdmsn, 2012) (Sue Moorhead, 2014) (Gloria M. Bulechek, 2014) Elaboración propia

2.9 Indicación De Las Razones Científicas De Las Acciones De Salud, considerando Valores Normales

Cuando se diagnostica la presencia de Eclampsia en un embarazo, las causas de afección son de alto riesgo que compromete la salud materno- fetal, por lo que las acciones para previa estabilización son de primera instancia durante las crisis convulsivas y demás factores alterados. Se realiza exámenes exhaustivos para la vigilancia de patrones a solucionar y así determinar estos posibles daños que podrían conllevar a la muerte, si no se realizan las medidas oportunas a tiempo; por falta de control prenatal y desconocimiento del caso en la embarazada.

Considerando una medida oportuna de resolver, dado a la presentación de la gravedad del caso es el cuidado que se aborda mediante el proceso de enfermería utilizando el sustento teórico y filosófico de Henderson en el embarazo, el cual tiene como objetivo ayudar a la paciente a seguir un plan terapéutico para mejorar la condición de su salud, evitar la repercusión de la enfermedad y el apoyo para la rehabilitación del mismo.

Por lo que argumento a mi presente caso como uno de los principales factores que corroboré oportuno a tratar, el cual esta relacionado a la aplicación de la Teoría del pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. (lucely Maas Góngora, 2010)

2.10 Seguimiento

Uno de los parámetros primordiales a seguir es mejorar la salud del paciente previo estabilización, por presencia de signos alterados de la Eclampsia se administra Sulfato de magnesio para la protección de órganos blancos, anticonvulsivos e antihipertensivos bajo autorización médica, luego el tratamiento a seguir es la intervención quirúrgica en lo que hay que vigilar los signos del paciente previo, durante y después del procedimiento para no comprometer vida de la madre ni la del bebe.

Se debe monitizar la salud de la paciente ya que hay casos de presencia de convulsiones luego del parto e intervenir oportunamente, se debe manejar un tratamiento adecuado con la continuación de lo medicamentos hasta lograr la recuperación.

Además, se continúa evaluando durante las siguientes semanas del alta médica con la toma de presión arterial para descartar presencia de Hipertensión Cónica.

2.11 Observación

De los estudios realizados en el presente caso clínico me asesore en diferentes fuentes de información, para determinar la debida causal que enfatiza la presencia de riesgos en la embarazada, que arrojan a la Eclampsia.

Además, me relacione con las evidencias subjetivas que brindó el esposo de la paciente con el fin de recopilar información necesaria en la valoración enfermera y determinar cuál es la iniciativa del caso y poder actuar en ello.

Debo mencionar que la Eclampsia es una complicación que afecta a muchas mujeres y que la actuación inmediata de salud previene complicaciones que puedan conllevar a un daño irreversible, estas medidas se deben observar en cambios favorables en la condición clínica, tomando en cuenta ventajas y desventajas y la manera en que la paciente acepte este tipo de procedimiento para su mejoría.

III. Conclusiones

Al culminar el presente estudio de caso pude observar la gran importancia que posee la aplicación de los Procesos de Atención de Enfermería, con la obtención de datos objetivos y subjetivos en la valoración aplicada, se realizó la elaboración de planes de cuidado que me permitieron contribuir al mejoramiento y mantenimiento de salud de la paciente quien presentaba alteraciones en los patrones por presencia de Eclampsia.

Cabe indicar que se logró la aplicación de los objetivos propuestos en el caso, manifestando además las medidas inadecuadas que podrían llevar a la presencia de contraindicaciones que perjudican la vida materno-fetal.

Y como propósito final enfermero se debe instaurar un restablecimiento en la gestante luego de la aplicación de los planes de cuidado para su estabilización y pronta recuperación de salud; en el cual se logre resguardar la protección de la embarazada evitando la reincidencia sintomatológica; y lograr la estabilización para procedimientos posteriores.

IV. Referencias Bibliográficas

- Argentina.gob.ar.* (s.f). Recuperado el 15 de 02 de 2018, de <https://www.argentina.gob.ar/salud/glosario/preeclampsia>
- Butman, S. (20 de 09 de 2014). *slideshare*. Obtenido de <https://es.slideshare.net/dbutman/clase-de-preeclampsia-2014>
- El parto es nuestro.* (s.f.). Obtenido de <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/embarazo/hipertension-y-preeclampsia-eclampsia-y-sindrome-hellp>
- Giménez, D. S. (11 de 06 de 2012). *Medicina21*. Obtenido de <https://www.medicina21.com/enfermedades/ver2/1176>
- Gloria M. Bulechek, J. M. (2014). *NIC Intervenciones de Enfermería*. Barcelona: Elsevier.
- Lopez, B. L. (2006). *FASGO*. Obtenido de <http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/coneclampsia.pdf>
- Lucely Maas Góngora, P. D. (03 de 04 de 2010). *Caso Clínico*. Obtenido de <http://www.index-f.com/dce/18pdf/18-131.pdf>
- Manuel Merk.* (s.f). Obtenido de <http://www.merckmanuals.com/es-pr/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/preeclampsia-y-eclampsia>
- Maternofetal.net.* (s.f.). Obtenido de <http://www.maternofetal.net/3laboratorio.html>
- Medline Plus.* (13 de 06 de 2017). Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/seizures.html>
- Medlineplus.* (2016). Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000899.htm>
- Molina, A. S. (20 de 07 de 2009). *Scielo*. Obtenido de PDF- REBEN: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/21.pdf>
- MSP. (2008). *Norma Protocolo Materno*.
- MSP. (2013). *Guia Practica Clinica. Trastornos Hipertensivos en el Embarazo*.
- MSP. (2016). *Salud.bog.ec*. Obtenido de Guia practica clinica - Trastornos hipertensivos de embarazo: http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf
- Palma, J. (04 de 03 de 2015). *SlideShare*. Obtenido de <https://es.slideshare.net/jinmpalma/trastornos-hipertensivos-en-el-embarazo-enfermeria>
- Pinheiro, P. (s.f.). *MD. SAUDE*. Obtenido de <https://www.mdsaude.com/es/2017/05/hipertension-embarazo.html>

- Preclampsia y Eclampsia* . (2002). Obtenido de
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/preeclampsia.pdf>
- Silva, L. S. (s.f.). *Monografias.com*. Obtenido de
<http://www.monografias.com/trabajos14/preeclampsia/preeclampsia.shtml>
- Slide Share*. (2014). Obtenido de Proceso de enfermería Preeclampsia y Eclampsia:
https://es.slideshare.net/BlueIvy_22/proceso-de-enfermeria-preeclampsia-y-eclampsia
- Sue Moorhead, M. J. (2014). *NOC Clasificación de los Resultados Enfermeros*. Barcelona: Elsevier.
- T Heatlher Herdmsn, P. (2012). *Diagnósticos Enfermeros Nanda*. Barcelona: Elsevier.
- Voto, P. D. (s.f). *Microsoft Word*. Obtenido de
http://www.fac.org.ar/1/publicaciones/libros/tratfac/hta_01/hta_embarazo.pdf
- Wikipedia*. (2018). Obtenido de Eclampsia: https://es.wikipedia.org/wiki/Eclampsia#cite_note-University_of_1-3

V. Anexos

Clasificación	Criterios y definiciones
Hipertensión en el embarazo	Tensión arterial sistólica (TAS) mayor o igual (\geq) 140 mmHg y/o Tensión arterial diastólica (TAD) mayor o igual (\geq) 90 mmHg* en cualquier momento del embarazo.
Hipertensión severa en el embarazo	TAS \geq 160 mmHg y/o TAD \geq 110 mmHg*.
Preeclampsia sin signos de gravedad (leve)	TAS \geq 140 mmHg y menor ($<$) 160 mmHg y/o TAD \geq 90 mmHg y $<$ 110 mmHg* más proteinuria** y sin criterios de gravedad ni afectación de órgano blanco (tabla 2).
Preeclampsia con signos de gravedad (grave)	TAS \geq 160 mmHg y/o TAD \geq 110 mmHg* y/o uno o más criterios de gravedad y/o afectación de órgano blanco (tabla 2).
Preeclampsia sin proteinuria	TAS \geq 140 y/o TAD \geq 90 mmHg* y uno de los siguientes: - Plaquetas menores de 100.000 / μ L. - Enzimas hepáticas (transaminasas) elevadas al doble de lo normal. - Desarrollo de insuficiencia renal aguda caracterizada por concentraciones de creatinina sérica mayores a 1,1 mg/dL o el doble de concentración de creatinina sérica en ausencia de otras enfermedades renales. - Edema agudo de pulmón. - Aparición de síntomas neurológicos o visuales.
Eclampsia	Desarrollo de convulsiones tónico - clónicas generalizadas y/o coma en mujeres con preeclampsia durante el embarazo, parto o puerperio, no atribuible a otras patologías o condiciones neurológicas.
Hipertensión gestacional	TAS \geq 140 mmHg y/o TAD \geq 90 mmHg*, presente a partir de las 20 semanas de gestación y ausencia de proteinuria.
Hipertensión crónica	TAS \geq 140 mmHg y/o TAD \geq 90 mmHg* presente antes del embarazo, antes de las 20 semanas de gestación, o que persiste después de las 12 semanas del posparto y ausencia de proteinuria (excepto si hay lesión renal).
Hipertensión crónica más preeclampsia o eclampsia sobreañadida	TAS \geq 140 mmHg y/o TAD \geq 90 mmHg* presente antes del embarazo, antes de las 20 semanas de gestación, o que persiste después de las 12 semanas del posparto; asociada a preeclampsia.
Preeclampsia – Eclampsia posparto	Criterios de preeclampsia o eclampsia en la mujer posparto.
Efecto hipertensivo transitorio	Elevación de la presión arterial por estímulos ambientales como el dolor durante el parto.
Efecto hipertensivo de bata blanca	Elevación de la presión arterial en el consultorio (TAS \geq 140 mmHg o TAD \geq 90 mmHg), pero consistentemente normal fuera del consultorio**** ($<$ 135/85 mmHg).
Efecto hipertensivo enmascarado	Presión arterial consistentemente normal en el consultorio (TAS $<$ 140 mmHg o TAD $<$ 90 mmHg), pero elevada fuera del consultorio**** (\geq 135/85 mmHg).

Figura 1. Criterios y Definiciones para la Clasificación de los trastornos Hipertensivos del embarazo.
Nota. (MSP, Salud.bog.ec, 2016)

Parámetro	Hallazgo
Recuento de plaquetas	TAS \geq 160 mmHg o TAD \geq 110 mmHg* Trombocitopenia ($<$ a 100 000 / μ L)
Función hepática	Elevación anormal de enzimas hepáticas (el doble de lo normal) y/o dolor severo en el cuadrante superior derecho del abdomen o a nivel epigástrico que no cede a la medicación y que no se explica con otro diagnóstico
Función renal	Insuficiencia renal progresiva: concentraciones séricas de creatinina mayor ($>$) a 1.1 mg/dL o el doble de las concentraciones séricas de creatinina basales en ausencia de enfermedad renal
Integridad pulmonar	Edema pulmonar (no atribuible a otras causas)
Integridad neurológica	Afectación visual (visión borrosa, escotomas, diplopía, fotofobia, etc.) y/o neurológica (hiperreflexia tendinosa, cefalea persistente, agitación psicomotriz, alteraciones sensoriales, confusión, etc.) <i>de novo</i>

Figura 2. Criterios de gravedad y afectación de órgano blanco en preeclampsia.
Nota. (MSP, Salud.bog.ec, 2016)

Resultados de la tirilla reactiva	Equivalencia
Negativa	$<$ 30 mg/dL
1+	30 a 100 mg/dL
2+	101 a 300 mg/dL
3+	301 a 1 000 mg/dL
4+	$>$ 1 000 mg/dL

Figura 3. Equivalencia de Proteinuria en tirilla reactiva.
Nota. (MSP, Salud.bog.ec, 2016)



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Facultad de Ciencias de la Salud
SECRETARÍA



CERTIFICACION

AB. Vanda Aragundi Herrera, Secretaría de la Facultad de Ciencias de la Salud,

Certifica:

Que, por **Resolución Única de H. Consejo Directivo en sesión extraordinaria de fecha 28 de septiembre del 2017**, donde se indica: "*Una vez informado el cumplimiento de todos los requisitos establecidos por la Ley de Educación Superior, Reglamento de Régimen Académico, Estatuto Universitario y Reglamentos Internos, previo a la obtención de su Título Académico, se declara EGRESADO(A) DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD a: CHAVEZ ALCIVAR ZULAY NINIBETH, C.I. 1204474009 en la carrera de ENFERMERIA. Por consiguiente se encuentra APTO para el PROCESO DE DESARROLLO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN O EXAMEN COMPLEXIVO*".- Comuníquese a la Msc. Karina de Mora, Responsable de la Comisión General del Centro de Investigación y Desarrollo de la Facultad.

Babahoyo, 27 de Septiembre del 2017

Abg. Vanda Aragundi Herrera
SECRETARIA



Recibido
 03/10/2017 10:51 AM





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

¡Impulsando el talento humano!

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA TRABAJO DE TITULACIÓN

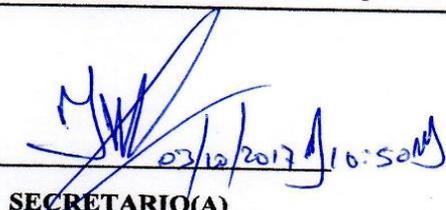
DATOS PERSONALES DEL ASPIRANTE			
CEDULA:	1204474009		
NOMBRES:	ZULAY NINIBETH		
APELLIDOS:	CHÁVEZ ALCÍVAR		
SEXO:	FEMENINO		
NACIONALIDAD:	ECUATORIANA		
DIRECCIÓN DOMICILIARIA:	VENTANAS- LAS PALMERAS MZ D VILLA #7		
TELÉFONO DE CONTACTO:	0939974561		
CORREO ELECTRÓNICO:	ZULYBETHCHAVEZ@HOTMAIL.COM		
APROBACIÓN DE ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS			
IDIOMA:	SI	INFORMÁTICA:	SI
VÍNCULO CON LA SOCIEDAD:	SI	PRÁCTICAS PRE-PROFESIONALES:	SI
DATOS ACADÉMICOS DEL ASPIRANTE			
FACULTAD:	FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD		
CARRERA:	ENFERMERIA		
MODALIDAD:	SEMESTRE		
FECHA DE FINALIZACIÓN			
MALLA CURRICULAR:	08/31/2017		
TÍTULO PROFESIONAL(SI L TIENE):	NINGUNA		
TRABAJA:	NO		
INSTITUCIÓN EN LA QUE TRABAJA:	NINGUNA		
MODALIDAD DE TITULACIÓN SELECCIONADA			
EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO O DE FIN DE CARRERA			

Una vez que el aspirante ha seleccionado una modalidad de titulación no podrá ser cambiada durante el tiempo que dure el proceso.
Favor entregar este formulario completo en el CIDE de su respectiva facultad.

Babahoyo, 3 de Octubre de 2017



ESTUDIANTE


03/10/2017 J 10:50 AM



Av. Universidad s/n. Babahoyo, Manabí
052 570 368
rectorado@utb.edu.ec
www.utb.edu.ec



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

¡Impulsando el talento humano!

SOLICITUD DE MATRÍCULA - UNIDAD DE TITULACIÓN

Babahoyo, 3 de Octubre de 2017

Señor.

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Presente.

De mis consideraciones:

Yo: **ZULAY NINIBETH CHÁVEZ ALCIVAR** ;

Portador de la cédula de identidad o pasaporte #: **1204474009** ; con matrícula estudiantil #: _____ ;

habiendo culminado mis estudios en el periodo lectivo de: Marzo - Agosto del 2017 ;

estudiante de la carrera de: **ENFERMERIA**

una vez completada la totalidad de horas establecidas en el artículo de la carrera y los demás
compentes académicos, me permito solicitar a usted la matrícula respectiva a la unidad de titulación
por medio de de la siguiente opción de titulación:

EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO O DE FIN DE CARRERA

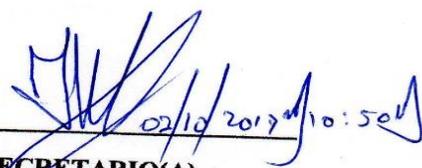
Mi correo electrónico es: **ZULYBETHCHAVEZ@HOTMAIL.COM**

Por la atención al presente, le reitero mis saludos.

Atentamente,



ESTUDIANTE


02/10/2017 10:50

SECRETARIO(A)





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA



Babahoyo, 3 de Octubre del 2017

Dra. Alina Izquierdo Cirer MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente. -

De mi consideración:

Por medio de la presente yo, **CHÁVEZ ALCÍVAR ZULAY NINIBETH**, con cédula de ciudadanía **120447400-9**, egresada de la carrera de **LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**, de la **FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**, me dirijo a usted de la manera más comedida autorice a quien corresponda la inscripción respectiva a la Unidad de Titulación para iniciar el Proceso de la Modalidad de **EXAMEN COMPLEXIVO**.

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable quedo de usted muy agradecida.

Atentamente,

CHÁVEZ ALCÍVAR ZULAY NINIBETH

CI. 120447400-9

05/10/2017 10:51 AM

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TITULACION**



LUNES 29 DE ENERO DEL 2018

**Dra. Alina Izquierdo Cirer, MSC.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACION.
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Presente.-**

De mis Consideraciones:

Por medio de la presente. Yo **CHAVEZ ALCIVAR ZULAY NINIBETH**, con cedula de identidad, **120447400-9**, egresada de la carrera de **ENFERMERIA** de la **FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**, solicito que se me recepte de manera más cordial mi tema de caso clínico N° 20 para el proceso de **Titulación** en modalidad de **EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO O FIN DE CARRERA**, Que es:

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A PACIENTE QUE CURSA LAS 38 SEMANAS DE GESTACION CON DIAGNOSTICO DE ECLAMPSIA.

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecida.

Zulay Chavez A.

**CHAVEZ ALCIVAR ZULAY NINIBETH
CI. 120447400-9**

Revisado
29/01/2018 a las 10:01

CASO CLÍNICO # 20

Paciente de 30 años de edad, ingresa al área de emergencia transferida desde una unidad de primer nivel, Subcentro Gualberto Andrioli de la ciudad de Montalvo. Por presentar convulsiones tónico clónicas, con evolución de 3 horas con aumento de TA en 210/110 mmHg en embarazo de 38 semanas.

Paciente es recibida con todos los protocolos e ingresa al quirófano donde se la espera para ser intervenida previa estabilización.

Durante interrogatorio, El esposo refiere que es su primer embarazo, no tiene antecedentes familiares, nunca ha sido intervenida quirúrgicamente, pero admite que no se hacía los controles propios del embarazo.

D.X: ECLAMPSIA

Conforme los diagnósticos de enfermería correspondientes utilizando taxonomía NANDA
Valorar según el cuidado de atención de enfermería y el tipo de patología descrita, las prioridades y conducta a seguir en este caso clínico.

Presenta:

De sus Consideraciones:

Por medio de la presente Yo CHAVEZ ALCIVAR ZULAY NINDETH, con cedula de identidad 120147480-9, egresada de la carrera de ENFERMERIA de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, de la UNIVERSIDAD DE CANTÓN, en modalidad de ECLAMPSIA, COMPLEXIVO DE GRADO O FIN DE CARRERA. Que se

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICADO A PACIENTE QUE DURANTE LAS 38 SEMANAS DE GESTACION CON DIAGNOSTICO DE ECLAMPSIA.

Esperando que el paciente tenga una evolución favorable, quedo de usted muy agradecida

CHAVEZ ALCIVAR ZULAY NINDETH
C.I. 120147480-9

[Handwritten signature]
20/12/2018



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



Babahoyo, 02 de abril del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer, MSc.
**COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACION
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO**
Presente. -

De mi consideración:

Por medio de la presente, Yo **ZULAY NINIBETH CHAVEZ ALCIVAR**, con C.I **1204474009**, egresada de la **UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO - FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD - ESCUELA DE ENFERMERIA**, me dirijo a usted de la manera más comedida, se me recepte los 3 anillados correspondientes al componente práctico (Casos Clínicos) de la modalidad **EXAMEN COMPLEXIVO**, con el tema:

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTE QUE CURSA LAS 38 SEMANAS DE GESTACIÓN CON DIAGNÓSTICO DE ECLAMPSIA, Para así proceder a la sustentación del mismo.

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente.

**ZULAY NINIBETH CHAVEZ ALCIVAR
C.I 1204474009**