

**LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y
Humanidades, Asunción, Paraguay.**

ISSN en línea: 2789-3855, 2025, Volumen VI

Manejo integral de la eclampsia: análisis de un caso clínico

Comprehensive management of eclampsia: analysis of a clinical case

Monica Mishelle Rueda Romero

mrueda6@utmachala.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0009-4147-2374>

Universidad Técnica de Machala

Machala – Ecuador

Melisa Merlyn Moreira Macias

mmoreira5@utmachala.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0009-8762-5946>

Universidad Técnica de Machala

Machala – Ecuador

Daniela Yolanda Torres Celi

dytorres@utmachala.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0003-3838-2131>

Universidad Técnica de Machala

Machala – Ecuador

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i3.4203>

Artículo recibido: 25 de junio de 2025

Aceptado para publicación: 21 de julio de
2025.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.


Redilat
Red de Investigadores
Latinoamericanos

NÚMERO

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i3.4203>

Manejo integral de la eclampsia: análisis de un caso clínico

Comprehensive management of eclampsia: analysis of a clinical case

Monica Mishelle Rueda Romero

mrueda6@utmachala.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0009-4147-2374>
Universidad Técnica de Machala
Machala – Ecuador

Melisa Merlyn Moreira Macias

mmoreira5@utmachala.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0009-8762-5946>
Universidad Técnica de Machala
Machala – Ecuador

Daniela Yolanda Torres Celi

dytorres@utmachala.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0003-3838-2131>
Universidad Técnica de Machala
Machala – Ecuador

Artículo recibido: 25 de junio de 2025. Aceptado para publicación: 21 de julio de 2025.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

La eclampsia, representa una de las principales causas de morbilidad materna y perinatal a nivel global. Afecta a un importante porcentaje de gestantes, siendo un problema de salud pública. Su cuadro clínico se caracteriza por convulsiones no atribuibles a otras causas en mujeres con preeclampsia. Desarrollar un plan de cuidados de atención de enfermería, basado en los patrones funcionales de Marjory Gordon. La metodología aplicada análisis de estudio de caso clínico. Mediante la observación directa, entrevistas y como instrumento de recolección de datos se hizo uso de historia clínica. El presente estudio se lo realizó en un Hospital General de la Ciudad de Machala, en una madre primigesta de 22 años, con embarazo de 32 semanas de gestación, es ingresada al área de cuidados intensivos con Glasgow de 3/15, al ingreso presenta convulsiones tónico-clónicas, presión arterial de 170/114 mmHg, se realiza cesárea de emergencia obteniendo producto único vivo con prematuridad moderada, se transfiere a Unidad de cuidados intensivos neonatal donde permanece por un mes. Se identificaron alteraciones en los patrones funcionales cognitivo-perceptual, actividad-ejercicio, nutricional-metabólico. La aplicación del PAE permitió una atención efectiva contribuyendo a la estabilización materna y al bienestar neonatal reafirmando así el papel fundamental del personal de enfermería en la atención de emergencias obstétricas.

Palabras clave: eclampsia, proceso de enfermería, cuidados de enfermería

Abstract

Hypertensive disorders of pregnancy (HDP), particularly eclampsia, are among the leading causes of maternal and perinatal morbidity and mortality worldwide. In Ecuador, preeclampsia significantly affects a considerable percentage of pregnant women, constituting a public health concern. Eclampsia, characterized by seizures not attributable to other causes in women with preeclampsia, requires immediate and multidisciplinary intervention. To develop a nursing care plan for a patient

diagnosed with eclampsia, applying the Nursing Process (NP) based on Marjory Gordon's functional health patterns and the NANDA-I, NOC, and NIC taxonomies. A 22-year-old primigravida at 32 weeks of gestation was admitted unconscious after experiencing generalized tonic-clonic seizures and a blood pressure of 170/114 mmHg. She underwent intubation, sedation, administration of magnesium sulfate and antihypertensives, and emergency cesarean delivery, resulting in a live preterm newborn. A basic descriptive qualitative study with a case study design was conducted. Data collection involved direct observation, interviews, and medical record review. Alterations were identified in the cognitive-perceptual, activity-exercise, nutritional-metabolic, and role-relationship patterns. Nursing diagnoses included risk for unstable blood pressure and impaired maternal-fetal dyad. Interventions focused on hemodynamic stabilization, seizure prevention, fluid management, psychosocial support, and discharge education. The structured implementation of the Nursing Process enabled comprehensive, safe, and effective care. The nursing approach played a critical role in achieving maternal stabilization and neonatal well-being, reaffirming its essential function in managing obstetric emergencies.

Keywords: eclampsia, nursing process, case reports

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons.



Cómo citar: Rueda Romero, M. M., Moreira Macias, M. M., & Torres Celi, D. Y. (2025). Manejo integral de la eclampsia: análisis de un caso clínico. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 6 (3), 3412 – 3427. <https://doi.org/10.56712/latam.v6i3.4203>

INTRODUCCIÓN

Los trastornos hipertensivos del embarazo (THG) según la Guía Práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador se define como conjunto diverso de alteraciones que pueden manifestarse durante la gestación o en el período posparto, caracterizados por niveles anormalmente elevados de presión arterial, independientemente del momento en que se presenten (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).

Eclampsia se conceptualiza como una de las principales complicaciones neurológicas causadas por la preeclampsia, su cuadro clínico se concreta por sucesos de convulsiones provocando alteración de la conciencia y alteraciones en la visión. Para diagnosticar este trastorno hipertensivo del embarazo los síntomas anteriormente descritos tienen que ser no aplicables a otras etiologías (Pereira et al., 2020).

Entre las principales manifestaciones clínicas de los Trastornos hipertensivos del embarazo, se encuentran la preeclampsia y la eclampsia, las cuales suelen presentarse con mayor frecuencia en gestantes que se encuentran en los extremos del ciclo reproductivo. Se ha informado que los THG, junto con las hemorragias y los procesos infecciosos, constituyen las tres principales causas de muertes maternas directas. Estos trastornos representan un desafío significativo tanto en el diagnóstico como en el tratamiento para los profesionales de la salud especializados en gineco obstetricia (Gaus et al., 2019).

Además, constituyen la complicación más frecuente durante la gestación, afectando aproximadamente al 15% de los embarazos y siendo responsables de casi el 18% de las muertes maternas a nivel mundial. Se estima que estos trastornos causan entre 62,000 y 77,000 muertes maternas cada año (Rojas et al., 2019). Sin embargo, Fu et al. (2023) enfatizan que estos THG representan un 5 a 10% aproximadamente en las gestantes.

A nivel mundial, la incidencia de eclampsia varía entre el 0,3% y el 0,5% de los embarazos, siendo esta condición un precursor de la eclampsia y presentando diferencias significativas según la región (Vousden et al., 2019). La Organización Mundial de la Salud (WHO, 2025) estima que el acontecimiento de eclampsia es siete veces mayor en los países en desarrollo en comparación con los países desarrollados, afectando al 2,8% de los nacidos vivos. Esta complicación se asocia con una alta tasa de mortalidad, que varía entre el 1% y el 24% en las madres, y entre el 7% y el 34% en los fetos (Machano y Joho, 2020). En América Latina, el 27,6% de las mujeres con eclampsia desarrollan el síndrome HELLP, con una tasa de mortalidad materna del 14% (Zapata y Ramírez, 2020).

En Ecuador, Moreira-Flores y Montes-Vélez (2022) señalan que, según el Ministerio de Salud Pública, la preeclampsia y eclampsia es una de las complicaciones más comunes en mujeres embarazadas, afectando al 31,76% de la población gestante siendo las provincias de Guayas, Manabí, Pichincha, Chimborazo, y Azuay con mayor número de casos de muertes maternas relacionadas con estos trastornos representando un importante problema de salud pública.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es el eje metodológico central para brindar cuidado, ya que sigue un enfoque evolutivo basado en los resultados esperados y obtenidos en el paciente. Este proceso se fundamenta en la evidencia científica estandarizada y ampliamente reconocida por la comunidad de enfermería (Nuñez et al., 2023), apoyándose en las taxonomías de la North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I) (Herdman y Kamitsuru, 2024), la Nursing Outcomes Classification (NOC) (Moorhead et al., 2020), y la Nursing Interventions Classification (NIC) (Bulechek et al., 2020). Estas herramientas se han convertido en esenciales dentro de la práctica de enfermería y son reconocidas internacionalmente.

Los once patrones funcionales de salud de Marjory Gordon constituyen una tipología fundamental en la disciplina de enfermería, utilizada para valorar y organizar diagnósticos de enfermería, así como para identificar patrones de respuestas humanas. Esta herramienta es adaptable tanto en el ámbito de la atención primaria, enfocándose en la promoción y prevención, como en el nivel individual y familiar, abarcando el continuo proceso salud-enfermedad, lo que la vincula estrechamente con la etapa de diagnóstico de enfermería (Arroyo-Lucas et al., 2018).

Dado este contexto, y comprendiendo su relevancia en el ámbito de la enfermería, el presente estudio tiene como objetivo desarrollar un plan de cuidados para una mujer con diagnóstico de eclampsia.

Presentación del caso

Motivo de ingreso

Paciente primigesta de 32 semanas de gestación es traída en ambulancia a esta casa de salud, refiere cuadro clínico de convulsiones tónicas clónicas generales por tres ocasiones con pérdida del estado de conciencia, paramédico refiere PA: 140/90 mmHg, se cuantifica signos vitales: FC: 157 lpm, FR: 26 rpm, TA: 170/114 mmHg, T: 36.5°C, SpO2: 97%. Al momento inconsciente se valora e inmediatamente se pasa a centro obstétrico para la obtención del producto único vivo. Con relación a la anamnesis se encuentra con antecedentes personales: Ninguna, no presenta alergias, ni ha sido intervenido de ninguna cirugía, antecedentes familiares no refieren, antecedentes quirúrgicos no refiere, antecedentes obstétricos gestas: 1, Aborto: 0, Cesárea: 0.

El examen físico revela una paciente con piel normoelástica, facies normales, uñas de distribución, forma y colores normales con llenado capilar de 2 segundos, y pelo de distribución normal. A nivel regional, la cabeza es normocéfala con cabello no depresible a la tracción; los ojos presentan conjuntivas rosadas y pupilas isocóricas normoreactivas a la luz; la nariz es permeable; la boca muestra mucosas orales semihúmedas; el oído presenta conducto auditivo permeable; y el cuello no presenta adenopatías. El tórax es simétrico con campos pulmonares ventilados y expansibilidad conservada, y las mamas son simétricas. El corazón presenta ruidos cardíacos rítmicos con R1 sincrónico con el pulso. El abdomen es globuloso por útero gestante, con presentación cefálica longitudinal derecha, gran panículo adiposo y movimientos fetales perceptibles por la madre. Se registra una LCF de 134 LPM y actividad uterina con contracciones esporádicas irregulares. Finalmente, las extremidades son simétricas con fuerza muscular conservada y sin presencia de edema.

Diagnóstico médico

- Eclampsia.
- Embarazo de 32 semanas de gestación
- Neumonía no especificada
- Plan terapéutico.
- NPO ingresa para cesárea
- Preparar para cesárea
- Cloruro de sodio 0.9% 80ml más 20ml de sulfato de magnesio(4gramos) pasar en 30 minuto IV.
- Cloruro de sodio 0.9% 880 ml más 120ml (24 gramos) sulfato de magnesio pasar 42ml hora IV
- Diazepam dos ampollas IV STAT
- Cloruro de sodio 0.9% 1000ml pasar 115 ml hora IV.
- Furosemida líquido parenteral 10 mg/ml
- Cloruro de sodio al 0.9% 70 ml más cloruro de potasio 2mEq/l parenteral en tres horas.

- Ampicilina + Sulbactam sólido parenteral 1.5 gr usar 3 gramos y administrar cada 6 horas por 5 días
- Metronidazol líquido parenteral 500 miligramos IV administrar cada 8 horas por 5 días
- Paracetamol sólido oral 1 gramo vía oral cada 8 horas
- Complejo B 10 ml vía intravenosa cada día
- Nifedipino 10mg sólido oral, administrar 30 mg cada 6 horas
- Sonda Foley
- Vendaje miembros inferiores
- Consentimiento informado
- Conciliación de medicamentos
- Comunicar anestesiología/neonatología/centro obstétrico.
- Pase al centro obstétrico cuando todo esté listo.

Evolución de Enfermería

Paciente femenina de 22 años, primigesta, nacida y residente en Machala, con educación secundaria completa y dedicada a labores domésticas. Consulta por un cuadro clínico de dos días de evolución, caracterizado por cefalea holocraneana pulsátil. El cuadro se agrava con la aparición de movimientos tónico-clónicos generalizados, de cinco minutos de duración, que ocurrieron en dos ocasiones, sin relajación de esfínteres. Acude a un centro de salud privado, donde presenta una nueva convulsión tónico-clónica y es referida al Hospital General Teófilo Dávila.

Al ingreso, la paciente tenía un puntaje de Glasgow de 3/15, presión arterial de 170/114 mmHg, frecuencia cardiaca de 157 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 26 respiraciones por minuto y saturación de oxígeno del 97%. Tras presentar otra crisis convulsiva, se administraron dos dosis de diazepam y fue trasladada al área obstétrica, donde se realizó una cesárea segmentaria de emergencia.

En el área de centro obstétrico durante la intervención que duró 1 hora, se encontraron los siguientes hallazgos: útero aumentado de tamaño acorde con la edad gestacional, panículo adiposo edematizado y presencia de líquido libre estimado en 300 mililitros. Se obtuvo un producto único vivo de sexo femenino, con un peso de 1830 gramos, Apgar de 5-6, Capurro de 33 semanas de gestación, perímetro cefálico de 31 centímetros y talla de 31 centímetros.

El 08 de septiembre del 2024 paciente ingresa al área de cuidados intensivos, bajo sedo analgesia a base de fentanilo a dosis de 1.5 ug/kg/h, midazolam a dosis de 0.12 mg/kg/min con Glasgow 3/15, pupilas isocóricas normorreactivas 3mm, bajo ventilación mecánica invasiva modo asistido controlado por volumen con fiO2: 50%; VC: 360; PEEP5; FR: 18 rpm, no se auscultan estertores a nivel pulmonar, se aspiran secreciones en poca cantidad, durante su ingreso hemodinámicamente inestable, con aporte de vasopresor a dosis de 0.10 ug/kg/min, con tensión arterial de 104/64 mmHg, tensión arterial media: 68mmHg, al momento de administrar el antibiótico a base de gentamicina y metronidazol.

El 10 de septiembre del 2024 se logra extubación endotraqueal, al momento paciente con Glasgow de 15/15, pupilas isocóricas normorreactivas 3mm sin oxigenoterapia buena mecánica ventilatoria, con tendencia a hipertensión arterial por lo que se decide pauta antihipertensiva con nifedipina + alfametildopa + labetalol, manteniendo cifras de tensión arterial: 129/92 mmHg, ya no hay presencias de convulsiones, hemodinámicamente estable.

El 13 de septiembre de 2024 cursando el quinto día en el área de cuidados intensivos, paciente se encuentra con éxito sin complicaciones, leucocitos en descenso, no presencia de crisis convulsivas con antibioticoterapia a base de gentamicina y metronidazol.

Con respecto a los exámenes de laboratorio se encontró: biometría hemática: leucocitos 21.23, hemoglobina 15.2, hematocrito 43.6, plaquetas 202.0. Tiempos de coagulación: TP 8.7, TTP 28.9. Química sanguínea: proteína C reactiva (PCR) 0.53, glucosa basal 131, urea 49.4, creatinina 2.40, ácido úrico 8.34. Proteínas totales 5.32, albúmina 2.74, globulinas 2.58. Transaminasas: TGO 33.8, TGP 17.4. Creatina quinasa total (CK total) 173, CK-MB masa 54.8. Electrolitos: sodio 138.4, potasio 3.87, cloro 105, procalcitonina 0.22. Serología: hepatitis B negativo, anti-HCV negativo, sífilis negativa, anti-HIV no reactivo. Examen general de orina (EMO): color amarillo, pH 6.0, nitritos negativos, proteínas 3+, leucocitos 3-5. Gasometría arterial: pH 7.04, PO₂ 107, PCO₂ 24, HCO₃ 93, lactato 6.8.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Para llevar a cabo este estudio de caso, se optó por la metodología cualitativa descriptiva básica, dado que se trata de una situación real que será examinada a través de la revisión de la historia clínica del paciente, aplicando el lenguaje estandarizado de Enfermería: taxonomía NANDA, NOC, NIC.

Población de estudio

Paciente femenina de 22 años.

Lugar de estudio

La investigación se desarrolló en un hospital público, ubicado en la cabecera cantonal de la Provincia de El Oro.

Método

Se pueden emplear varios métodos para investigar y comprender a fondo el proceso de atención de enfermería en este caso específico.

Se utilizó el método de estudio de caso el cual permitió un examen detallado y profundo del caso en cuestión. Se recopilaron datos a lo largo del tiempo para comprender la evolución de la gestante con eclampsia, centrándose en cómo se aplican los principios de la Teoría de Marjory Gordon en la atención de enfermería.

El método observacional permitió que las interacciones entre la gestante y las investigadoras ofrece información valiosa sobre la aplicación práctica de los principios de la teoría de Marjory Gordon. Observar la respuesta de la paciente a las intervenciones y la calidad de la atención proporcionada puede ser esencial para evaluar la efectividad del proceso de atención.

Las entrevistas con el personal de enfermería que participan en el cuidado de la gestante pueden proporcionar perspectivas sobre cómo aplican la teoría en la práctica. También, entrevistar a la gestante brinda información sobre su experiencia y percepción del cuidado recibido.

Además, la revisión de registros médicos, historias clínicas y registros de enfermería contribuyó a la recopilación de datos y permite evaluar la consistencia en la aplicación de la teoría.

Técnicas de investigación

Observación directa, entrevista y revisión documental.

Instrumento de investigación

Base de datos: Scopus, BVS, Scielo, Google Académico, Pubmed, WOS.

Proceso de recolección de datos en la investigación

Se siguió el siguiente proceso:

Selección de participantes: Se identificó y seleccionó a la gestante diagnosticada con eclampsia.

Obtención de consentimiento informado: Antes de recopilar datos, se obtuvo el consentimiento informado.

Realización de entrevistas y observaciones: Se llevó a cabo una entrevista en el ámbito hospitalario, debido a que la paciente posterior fue dada de alta.

Identificación de bases de datos: Se Identificó las fuentes de datos relevantes para tu estudio, se entrevistó a la gestante, se realizaron observaciones directas en el entorno clínico y revisión de documentos en la historia clínica y registros de enfermería.

Revisión documental: Se examinó cuidadosamente la documentación relevante, como historias clínicas y registros de enfermería.

Interpretación de resultados: Se interpretó los resultados de manera crítica y reflexiva.

RESULTADOS

Proceso atención de enfermería

Fase de valoración

En base al caso presentado, los patrones funcionales alterados en la paciente pueden identificarse a partir del modelo de patrones funcionales de salud de Marjory Gordon. Estos patrones permiten una evaluación integral de la salud del individuo. A continuación, se destacan los patrones alterados en este caso:

Patrón percepción-manejo de la salud: La paciente presenta una situación aguda de salud, acudiendo al centro de salud después de episodios convulsivos graves, lo que indica una percepción de salud deteriorada. Además, presenta hipertensión severa que no parece estar controlada, lo que sugiere falta de seguimiento o manejo adecuado previo.

Patrón eliminación: Si bien no hay relajación de esfínteres durante los episodios convulsivos, no se descarta un posible riesgo de alteración en este patrón debido a la gravedad del estado clínico y la necesidad de intervención quirúrgica ya que tuvo un sangrado de aproximadamente 300 mililitros, además que la paciente tiene alteración renal y presencia de sonda vesical.

Patrón actividad-ejercicio: El cuadro convulsivo y la cesárea de emergencia limitan su movilidad y funcionalidad física. Esto se agrava con los episodios convulsivos, que alteran su capacidad para realizar actividades normales. Además de permanecer el área de cuidados intensivos bajo sedación influye que encuentre alterado este patrón funcional.

Patrón cognitivo-perceptual: La cefalea holocraneana pulsátil y los movimientos tónico-clónicos sugieren un compromiso neurológico importante. Además, al ingresar con un puntaje de Glasgow de 3/15, se confirma una alteración severa del nivel de conciencia, lo que refleja un deterioro significativo de las funciones cognitivas.

Patrón rol-relaciones: La paciente es primigesta, lo que implica un nuevo rol materno que podría verse afectado por las complicaciones durante el parto y su ingreso en cuidados intensivos. Esta situación puede interferir en su capacidad para asumir el rol materno de manera adecuada.

Tabla 1

Plan de cuidados de enfermería

Diagnóstico enfermero (NANDA)		Plan de cuidados de enfermería				
		Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)				
DOMINIO: 4 CLASE: 4 Respuestas cardiovasculares/pulmonares DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Riesgo de Presión Arterial Inestable. R/C: Retención de líquidos (edema ++), alteraciones de la presión arterial, hipertensión 170/110 mm/Hg		Resultado (s):	Indicadores:	Escala (s) de medición	Puntuación basal	Puntuación diana
		RESULTADO: Respuesta a la medicación	Efectos terapéuticos esperados. Cambio esperado en la bioquímica sanguínea. Cambio esperado en los síntomas. Respuesta de la conducta esperada.	Gravemente comprometido. Sustancialmente comprometido. Moderadamente comprometido. Levemente comprometido. No está comprometido.	Efectos terapéuticos esperados. (3) Cambio esperado en la bioquímica sanguínea. (3) Cambio esperado en los síntomas. (2) Respuesta de la conducta esperada. (3)	Mantener a: 3 Moderadamente comprometido. Aumentar a: 4 Levemente comprometido.
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)						
INTERVENCIÓN ENFERMERA: Manejo De La Hipertensión						
CLASE:	H Control de fármacos	CAMPO:	2 fisiológico complejo			
Actividades						
Valorar nivel de conciencia y signos neurológicos: presencia de cefalea intensa, visión borrosa, fotofobia, hiperreflexia. Medir la presión arterial (PA) para determinar la presencia de hipertensión (p. ej., normal, menos de 120/80; elevada, 120 a 129/80 o menos; hipertensión en estadio 1, 130 a 139/80 a 89; hipertensión en estadio 2, igual o mayor de 140/90). Monitorizar a los pacientes de riesgo para detectar signos y síntomas de crisis hipertensiva (p. ej., cefalea severo, mareos, náuseas o vómitos, palidez, diaforesis, piel fría, cambios en la visión, epistaxis, confusión, nerviosismo, inquietud, trastornos visuales, alteración del nivel de consciencia, dolor torácico, convulsiones, paro cardíaco). Administrar sulfato de magnesio según protocolo institucional para prevención y control de convulsiones Control del balance hídrico: registro de ingresos y egresos para detectar signos de sobrecarga o insuficiencia renal. Proporcionar información sobre posibles cambios en el estilo de vida necesarios para evitar futuras complicaciones y controlar el proceso de la enfermedad.						

Tabla 2

Diagnóstico Enfermero (NANDA)

Diagnóstico Enfermero (NANDA)	Plan De Cuidados De Enfermería				
	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)				
	Resultado (S):	Indicados:	Escala (S) De Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
Dominio: 4 Actividad/reposo Clase: 4 Respuestas cardiovasculares/pulmonares					

Diagnóstico enfermero: Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz r/c Autogestión inadecuada de la tensión arterial, Conocimiento inadecuado sobre el proceso de la enfermedad y Enfermedad cardiovascular	Resultado: Perfusión tisular: cerebral	Deterioro cognitivo Nivel de conciencia disminuida	Grave Sustancial Moderado Leve Ninguno	Reflejos neurológicos – convulsiones movimientos tónico-clónicos generalizados. (3) Glasgow de 3/15 (1)	Mantener a: 4 desviación leve del rango normal. Aumentar a: 5 sin desviación del rango normal.
Clasificación De Las Intervenciones De Enfermería (NIC)					
INTERVENCIÓN ENFERMERA: Monitorización neurológica					
CLASE:	I Manejo neurológico	CAMPO:	2 fisiológico: complejo		
ACTIVIDADES					
Evaluar el nivel de consciencia. Monitorizar los valores referenciados la Escala de Coma de Glasgow Determinar el nivel de atención, la memoria pasada, el estado de ánimo, el afecto y las conductas Monitorizar el tamaño, la forma, la simetría y la reactividad de la pupila Evaluar la presencia de temblores musculares, relación bilateral de los mismos Evaluar los signos vitales Valorar presencia de entumecimiento y hormigueos					

DISCUSIÓN

El manejo agudo de la eclampsia se centra en estabilizar a la madre, controlar las convulsiones y la hipertensión, y proceder a la finalización del embarazo tan pronto como sea seguro (Katsi et al., 2024). En pacientes jóvenes y primigestas como la descrita, la literatura reciente enfatiza la necesidad de un alto índice de sospecha y profilaxis oportuna. Se sabe que la primigravidez es un factor de riesgo establecido para preeclampsia/eclampsia, debido en parte a mecanismos inmunológicos de falta de tolerancia al embarazo y adaptación cardiovascular limitada en el primer embarazo (Sharmma et al., 2024).

En el presente caso (paciente primigesta de 22 años, 32 semanas), las medidas iniciales siguieron las recomendaciones internacionales: se aseguró la vía aérea (intubación debido a Glasgow 3/15) y se protegió al paciente durante las convulsiones para prevenir trauma o aspiración. De inmediato se administró sulfato de magnesio (dosis de carga 4 g IV seguida de infusión mantenida) como anticonvulsivante de primera línea, acorde con todas las guías actuales que lo señalan como el tratamiento de elección para detener y prevenir recurrencias de convulsiones eclámpicas.

En el estudio de Laskowska (2023) señala, en situaciones de convulsiones prolongadas o recurrentes, es aceptable añadir benzodiacepinas de acción rápida (e.j. diazepam, como se hizo en la paciente) para lograr el control inicial de la actividad convulsiva, sin embargo, el magnesio sigue siendo la piedra angular por su efecto neuroprotector y menor riesgo de depresión respiratoria comparado con otros fármacos. Paralelamente, se implementaron cuidados de soporte la paciente fue colocada en decúbito lateral izquierdo, con oxigenoterapia y monitorización continua materno-fetal, medidas que ayudan a optimizar la oxigenación uteroplacentaria y disminuir estímulos externos que puedan precipitar nuevas crisis convulsivas.

En un artículo publicado por Sun et al. (2024), enfatizan que el control de la hipertensión severa es otro pilar fundamental en el abordaje inicial. Las guías clínicas (ACOG, ISSHP, OMS) destacan tratar de urgencia cifras de TA $\geq 160/110$ mmHg para reducir el riesgo de accidentes cerebrovasculares hemorrágicos. En la paciente, al ingreso presentaba TA de 170/114 mmHg, por lo que se inició terapia antihipertensiva de inmediato. Si bien las

opciones de primera línea incluyen labetalol IV, hidralazina IV o nifedipino oral de acción corta (Katsi et al., 2024), la elección de nifedipino (30 mg cada 6 h) resultó apropiada y efectiva para lograr descensos graduales de la presión arterial. Esto concuerda con la evidencia de que cualquiera de estos tres fármacos puede utilizarse con seguridad en eclampsia, según disponibilidad y contexto clínico (Boushra et al., 2022; Fishel y Sibai, 2022). Se evitó la hipotensión brusca para no comprometer la perfusión uteroplacentaria. En el caso, tras controlar las convulsiones y la TA, se procedió a la resolución del embarazo mediante cesárea de emergencia. La decisión de una cesárea urgente a las 32 semanas se justifica dado el estado materno crítico (convulsiones repetidas, coma) y la necesidad de terminar la gestación como tratamiento definitivo de la eclampsia (Mahendra et al., 2021).

Chang et al (2023), basado en el estudio de las guías de práctica clínica coinciden en que la única cura de la eclampsia es la finalización del embarazo una vez que la madre esté estabilizada, sin importar la edad gestacional. Sin embargo, en algunas circunstancias ideales una paciente ecláptica estable puede ser inducida para un parto vaginal (por ejemplo, con cérvix favorable y >30 semanas) (Fishel y Sibai, 2022), en este caso la condición materna (Glasgow 3, convulsiones activas) hacía imperativo un parto quirúrgico expedito. Antes de la intervención se notificó al equipo de anestesiología y neonatología, garantizando un manejo multidisciplinario integral. No hubo tiempo para la administración de corticoides prenatales completos dada la urgencia, aunque la literatura sugiere su uso si la situación lo permite en <34 semanas para mejorar la madurez pulmonar fetal (Katsi et al., 2024). La paciente fue llevada al quirófano una vez estabilizada, evitando intentar el parto durante la convulsión (se esperó al cese de la actividad convulsiva), siguiendo la recomendación de no proceder con la extracción fetal hasta que la madre esté adecuadamente resucitada y controlada. En suma, las intervenciones iniciales en este caso control de convulsiones con magnesio, manejo de vía aérea, descenso de la TA severa y cesárea urgente se alinearon con el estándar de cuidado actual, priorizando la vida de la madre y del feto.

Para la atención intraparto, el personal de enfermería debe brindar apoyo psicológico al momento del parto, vale la pena mencionar que las complicaciones asociadas pueden ser muy estresantes, especialmente en el parto, y el asesoramiento psicoeducativo puede disminuir los niveles de ansiedad de las mujeres y mejorar los resultados del embarazo y el bienestar psicológico (Umamah et al., 2022)

Además, Sun (2024) indica que, para la atención posnatal, el personal de enfermería debe realizar un seguimiento periódico y estar informado sobre las recomendaciones de salud a largo plazo para las mujeres y sus familias. Además, investigaciones como Sharma et al. (2024), Stan et al. (2023), Miller et al. (2020), concuerdan que han demostrado que los programas educativos que combinan la atención basada en la evidencia y la necesidad de las mujeres de manejar la eclampsia tienen un papel importante en la promoción de la salud materna y neonatal y en la reducción de la mortalidad materna y perinatal

El Proceso de Atención de Enfermería estructura la atención de manera sistemática, permitiendo identificar problemas, planificar cuidados y evaluar resultados de forma continua. En la valoración, se aplicaron los 11 patrones funcionales de Gordon para recopilar datos integrales de la paciente. Este análisis holístico reveló alteraciones significativas en múltiples patrones debido a la eclampsia. Romero et al (2022) señalan que el PAE, que se inicia con la valoración, se establece el diagnóstico al momento de su ingreso, y el plan a seguir y la actuación de enfermería.

En el patrón cognitivo-perceptual se evidenció cefalea intensa de dos días de evolución y posteriormente disminución del nivel de conciencia (Glasgow 3) tras las convulsiones; en el patrón actividad-ejercicio la paciente quedó inmovilizada y bajo ventilación mecánica (sedación en UCI), aumentando el riesgo de complicaciones por inmovilidad; en el patrón nutricional-metabólico se instauró NPO (ayuno) preoperatorio y fluidoterapia IV, con estricto balance hídrico, considerando el riesgo de edema pulmonar y oliguria por la posible disfunción renal asociada a la preeclampsia severa.

También se evaluó el patrón rol y relaciones, identificando la necesidad de involucrar a la familia en las decisiones (ej. consentimiento informado para la cesárea de emergencia) y brindar apoyo emocional dada la situación crítica de una madre joven primigesta. La valoración obstétrica incluyó monitorización fetal (LCF 134 lpm, movimientos fetales presentes) y signos de complicaciones como desprendimiento placentario (no evidenciado clínicamente). Esta evaluación exhaustiva sentó las bases para los diagnósticos enfermeros pertinentes (Moreira et al., 2023).

Con base en los hallazgos de valoración, el equipo de enfermería estableció múltiples diagnósticos NANDA-I que orientaron la planificación de cuidados. En la literatura se describen diagnósticos frecuentes en pacientes con preeclampsia/eclampsia severa, varios de los cuales aplican a este caso. Uno prioritario fue riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz relacionado con la hipertensión extrema y posible coagulopatía, dado el peligro de hemorragia intracraneal por la TA de 170/114 mmHg. Asimismo, se identificó riesgo de lesión materno-fetal (alteración de la díada materno/fetal) asociado a las convulsiones recurrentes y la hipoxia que estas conllevan, además de la prematuridad inevitable del neonato. En la exploración inicial no se constató edema periférico, el manejo con grandes volúmenes de fluidos IV y vasopresores en UCI justificó vigilar estrechamente este aspecto.

Adicionalmente, Pereira-de-Morais et al. (2024) ejemplifican que en el proceso enfermero de eclampsia uno de los diagnósticos enfermeros que deben abordar, es la ansiedad y temor (en la familia y, al recuperar la consciencia, en la propia paciente) frente a la amenaza vital que supuso la eclampsia, y déficit de conocimiento sobre su enfermedad, esperable en una primigesta joven sin antecedentes, lo cual se planeó solucionar con educación desde la fase de recuperación.

Estos diagnósticos NANDA priorizados permiten enfocar intervenciones específicas y establecer resultados esperados (NOC) medibles. Para el riesgo de perfusión cerebral se fijó como resultado mantener estado neurológico intacto (ausencia de déficit focal, puntaje de Glasgow en mejoría) y control de la PA dentro de rangos seguros; para el riesgo materno-fetal, un estado fetal neonatal estable (APGAR adecuado, adaptación neonatal lograda) y vínculo materno-neonato preservado tras la estabilización; para el diagnóstico de ansiedad, el resultado buscado fue autocontrol de la ansiedad y participación activa en su cuidado; y ante el déficit de conocimiento, el conocimiento de la condición y su manejo por parte de la paciente al alta, asegurando adherencia a controles en el futuro.

Con diagnósticos y objetivos claros, se implementaron las intervenciones de enfermería (NIC) correspondientes, sustentadas en la evidencia (Hauspurg y Jeyabalan, 2022). Se dio máxima prioridad a las intervenciones de vigilancia intensiva y manejo ambiental para prevenir nuevas convulsiones: la paciente fue mantenida en una habitación con estímulos mínimos (luz tenue, silencio), se protegieron las barandas de la cama y se dispuso equipo de aspiración listo, medidas reconocidas para reducir el riesgo de lesiones durante convulsiones (Laskowska, 2023).

La administración segura del sulfato de magnesio fue una intervención crítica: la enfermera preparó y pasó la dosis de carga y mantenimiento según protocolo, monitorizando signos de toxicidad magnésica (reflejos osteotendinosos, frecuencia respiratoria, diuresis) cada hora (Katsi et al., 2024). Esto último es vital, pues, aunque el magnesio es el fármaco de elección, su margen terapéutico es estrecho; no obstante, en pacientes con función renal conservada y vigilancia adecuada, el riesgo de toxicidad es bajo en comparación con el beneficio de prevenir convulsiones (Smith y Costantine, 2022).

Otra intervención esencial fue el manejo de la hipertensión aguda se administraron antihipertensivos (nifedipino oral) y se controló la TA cada 5-15 minutos hasta lograr estabilización <160/110, siguiendo las guías que indican este ritmo de evaluación en crisis hipertensivas obstétricas (Smith y Costantine, 2022). En paralelo, se implementó el control estricto de líquidos y balance hidroelectrolítico: se canalizó sonda Foley para monitorizar diuresis horaria, se restringió la ingesta de líquidos según diuresis para evitar sobrecarga, y se utilizó furosemida IV cuando surgió compromiso pulmonar incipiente, logrando

mantener una saturación $O_2 > 95\%$ sin estertores pulmonares. Para el riesgo de infección, la enfermería garantizó el cumplimiento del esquema antibiótico (ampicilina/sulbactam, metronidazol y gentamicina) en dosis y horarios exactos, vigilar signos vitales y parámetros inflamatorios (leucocitos, temperatura) e implementó cuidados de higiene bronquial. Cabe destacar la intervención de cuidado postoperatorio de cesárea: se controló el sitio quirúrgico, loquios y contracción uterina regularmente para detectar a tiempo hemorragias postparto, otra potencial complicación de la eclampsia (no ocurrió hemorragia uterina significativa en este caso).

En cuanto al aspecto psicosocial, las enfermeras fungieron como enlace entre el equipo médico y la familia: mantuvieron informados a los familiares sobre la evolución crítica en UCI, brindaron contención emocional y, al mejorar la paciente (al recuperar la consciencia tras retirar sedación), le proporcionaron apoyo psicológico, reforzando sentimientos de seguridad. Finalmente, se planificó el egreso con educación: la paciente recibió consejería sobre la importancia de control prenatal estricto en futuros embarazos, signos de alarma (cefalea, edema, hipertensión) y se coordinó seguimiento en consulta de Medicina Interna y Ginecología.

Filho et al. (2023), mencionan que los protocolos desarrollados por Febrasgo enfatizan la importancia de la profilaxis de las convulsiones en pacientes con signos de gravedad, demostrando que el uso de sulfato de magnesio puede reducir la mortalidad materna hasta en un 45 %. Esta evidencia refuerza la necesidad de un manejo adecuado basado en las directrices establecidas.

Con lo anteriormente mencionado, Carvalho de Souza et al. (2024) identificaron que la insuficiente comprensión de su estado por parte de la gestante, la escasa apreciación hacia el rol del personal de salud y las limitaciones operativas que enfrenta el personal de enfermería constituyen factores que inciden negativamente en la calidad del cuidado brindado y en el nivel de satisfacción percibido.

La aplicación rigurosa del PAE en este caso garantizó cuidados integrales, individualizados y basados en evidencia, contribuyendo a prevenir complicaciones y promover la recuperación óptima de la madre y el neonato. La literatura avala que el uso de las taxonomías estandarizadas NANDA, NIC, NOC facilita un plan de cuidado enfocado en las necesidades biológicas y de seguridad de mujeres con trastornos hipertensivos del embarazo (Velásquez-Morocho et al., 2020), tal como se evidenció en la atención brindada.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en la paciente que se describe en el presente estudio muestran el riesgo que la eclampsia representa para la madre y su recién nacidos. Entre los factores de riesgo para eclampsia, se identifican: la edad materna y la primigravidez. Es vital, implementar medidas urgentes para el presente estudio de caso evidencia la relevancia crítica de un abordaje integral, sistemático y basado en evidencia para la atención de gestantes con eclampsia, una de las complicaciones obstétricas más graves a nivel mundial y particularmente prevalente en contextos como el ecuatoriano. La implementación rigurosa del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), sustentado en los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon y en las taxonomías estandarizadas NANDA-I, NOC y NIC, permitió estructurar una atención personalizada y eficaz centrada en la seguridad materno-fetal.

La paciente primigesta de 22 años con diagnóstico de eclampsia severa fue atendida conforme a los lineamientos clínicos internacionales, destacando la administración inmediata de sulfato de magnesio como anticonvulsivante de primera línea, el control efectivo de la hipertensión con nifedipina y la resolución oportuna del embarazo mediante cesárea de emergencia. Estas medidas, sumadas a la monitorización intensiva, el soporte ventilatorio y la coordinación multidisciplinaria, permitieron una recuperación progresiva y sin secuelas mayores en la madre y una estabilización neonatal temprana.

La intervención de enfermería resultó clave no solo en el manejo agudo y la vigilancia clínica, sino también en el acompañamiento emocional, la educación en salud y la planificación del egreso. Este caso reafirma la importancia de fortalecer las competencias clínicas del personal de enfermería en el reconocimiento precoz y la intervención oportuna de los trastornos hipertensivos del embarazo, promoviendo así una atención segura, humanizada y centrada en la paciente. La aplicación del PAE en escenarios de alta complejidad como la eclampsia contribuye a reducir la morbilidad materna y neonatal, consolidando su rol como eje fundamental de la práctica profesional en enfermería.

REFERENCIAS

- Arroyo-Lucas, S., Vásquez-Cruz, R., Martínez-Becerril, M., & Nájera-Ortiz, M. (2018). Patrones funcionales: una experiencia en el camino de la construcción del conocimiento. *Revista Mexicana de Enfermería*, 6(3), 97-102. <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=113011>
- Boushra, M., Natesan, S., Koyfman, A., & Long, B. (2022). High Risk and Low Prevalence Diseases: Eclampsia. *Am. J. Emerg. Med*, 58, 223-228. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2022.06.004>
- Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., & Wagner, C. (2020). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Elsevier.
- Carvalho, A., Carvalho, I., dos Santos, L., & Teodora, T. (2024). Importância da Enfermagem na Implementação de Protocolos de Cuidado Integral para Gestantes com Pré-Eclâmpsia: Estratégias e Desafios. *RCMOS - Revista Científica Multidisciplinar O Saber*, 1(2). <https://doi.org/10.51473/rcmos.v1i2.2024.733>
- Chang, K., Seow, K., & Chen, K. (2023). Preeclampsia: Recent Advances in Predicting, Preventing, and Managing the Maternal and Fetal Life-Threatening Condition. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 20, 2994. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042994>
- Filho, F., da Silva, F., Kobayashi, S., El Beitune, P., & Gualda, A. (2023). Prediction and prevention of preeclampsia Number 1 - January 2023. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 45(1), 49-54. <https://doi.org/10.1055/s-0043-1763495>
- Fishel, M., & Sibai, B. (2022). Eclampsia in the 21st Century. *Am. J. Obstet. Gynecol*, 226, S1237–S1253. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.09.037>
- Fu, R., Li, Y., & Jiang, W. (2023). Hypertensive Disorders in Pregnancy: Global Burden from 1990 to 2019, Current Research Hotspots and Emerging Trends. *Curr. Probl. Cardiol*, 48(12), 101982. <https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2023.101982>
- Gaus, D., Guevara, A., & Herrera, D. (2019). Pree-clampsia / Eclampsia. *Práctica Familiar Rural*, 4(2). <https://practicafamiliarrural.org/index.php/pfr/article/view/105>
- Hauspurg, A., & Jeyabalan, A. (2022). Postpartum preeclampsia or eclampsia: defining its place and management among the hypertensive disorders of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, 226(2S), s1211-s1221. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.10.027>
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2024). *NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros; Definiciones y Clasificación 2024-2026*. Elsevier.
- Katsi, V., Svigkou, A., Dima, I., & Tsioufis, k. (2024). Diagnosis and Treatment of Eclampsia. *Cardiovasc Dev Dis*, 11(9), 257. <https://doi.org/10.3390/jcdd11090257>
- Laskowska, M. (2023). A Critical Pregnancy Complication Demanding Enhanced Maternal Care: A Review. *Med Sci Monit*, 29, e939919. <https://doi.org/10.12659/MSM.939919>
- Machano, M., & Joho, A. (2020). Prevalence and risk factors associated with severe pre-eclampsia among postpartum women in Zanzibar: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 20, 1347. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09384-z>

Mahendra, V., Clark, S., & Suresh, M. (2021). Neuropathophysiology of Preeclampsia and Eclampsia: A Review of Cerebral Hemodynamic Principles in Hypertensive Disorders of Pregnancy. *Pregnancy Hypertens*, 23, 104-111. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2020.10.013>

Miller, M., Butler, P., Gilchrist, J., Taylor, A., & Lutgendorf, M. (2020). Implementation of a standardized nurse initiated protocol to manage severe hypertension in pregnancy. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 33(6), 1008-1014. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1514381>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). Trastornos hipertensivos del embarazo. Ministerio de Salud Pública: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2020). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. Elsevier.

Moreira, J., Borges, C., Teixeira, F., Maia, E., Santos, J., & Lopes, M. (2023). PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UMA GESTANTE COM PRÉ-ECLÂMPسيا: ESTUDO DE CASO. *Revista Multidisciplinar Em Saúde*, 4(3), 494-499. <https://doi.org/10.51161/conais2023/21882>

Moreira-Flores, M., & Montes-Vélez, R. (2022). Incidencia y severidad de la preeclampsia en el Ecuador. *Domino de las Ciencias*, 8(1), 876-884. <https://www.dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/2528>

Núñez, S., Ramírez, P., Gil, M., Abarca, M., & Solís, J. (2023). El Proceso de Atención de Enfermería como instrumento de investigación. *Dilemas*, 10(2), 1-17. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v2i10.3555>

Pereira, J., Pereira, Y., & Quirós, L. (2020). Actualización en preeclampsia. *Revista Médica Sinergia*, 5(2), e340. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i1.340>

Pereira-de-Morais, L., do Nascimento, L., de Oliveira, M., Lima, M., & da Silva, M. (2024). Nursing Care Systematization for a Pregnant Woman with Preeclampsia: A Case Study. *Med J Obstet Gynecol*, 12(2), 1189. <https://doi.org/10.47739/2333-6439/1189>

Rojas, L., Villagómez, M., & Rojas, A. (2019). Preeclampsia-eclampsia diagnóstico y tratamiento. *Revista Eugenio Espejo*, 13(2), 79-91. <https://doi.org/10.37135/ee.004.07.09>

Romero, I., Saraguro, S., Chamba, M., Aguilar, M., & Paccha, C. (2022). CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA PREECLÂMPسيا: UN ESTUDIO DE CASO. *REDIELUZ*, 12(1), 44-49. <https://doi.org/10.5281/zenodo.6816424>

Sharmma, D., Chandresh, N., Javed, A., Girgis, P., Zeeshan, M., Fátima, S., . . . Daddala, C. (2024). The Management of Preeclampsia: A Comprehensive Review of Current Practices and Future Directions. *Cureus*, 16(1), e51512. <https://doi.org/10.7759/cureus.51512>

Smith, D., & Costantine, M. (2022). The role of statins in the prevention of preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol*, 226(2S), S1171-S1181. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.08.040>

Stan, D., Dobre, C., Mazilu, D., & Bratila, E. (2023). Practices, attitudes and knowledge of midwives and nurses regarding gestational diabetes and pregnancy-induced hypertension. *J Med Life*, 16(2), 227-234. <https://doi.org/10.25122/jml-2023-0021>

Sun, R., Zhu, X., Li, J., Zhang, T., & Lu, H. (2024). A review of clinical practice guidelines on the management of preeclampsia and nursing inspiration. *Int J Nurs Sci*, 11(5), 528-535. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2024.10.010>

Umamah, F., Santoso, B., Yunitasari, E., Nisa, F., & Wulandari, Y. (2022). The effectiveness of psychoeducational counseling in pregnant women with preeclampsia: a systematic review. *J Public Health Res*, 11(3). <https://doi.org/10.1177/22799036221104161>

Velásquez-Morocho, B., Toro-Toledo, M., & Chamba-Tandazo, M. (2020). Embarazada con preeclampsia y aplicación del Proceso de Atención de Enfermería. *Propósito de un caso. Polo del conocimiento*, 5(9), 493-505. <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/1706/html>

Vousden, N., Lawley, E., Seed, P., Gidiri, M., Goudar, S., Sandall, J., . . . Shennan, A. (2019). Incidence of eclampsia and related complications across 10 low- and middle-resource geographical regions: Secondary analysis of a cluster randomised controlled trial. *PLoS medicine*, 16(3), e1002775. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002775>

WHO. (2025). World Health Organization. Pre-eclampsia: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pre-eclampsia>

Zapata, B., & Ramírez, J. (2020). Diagnóstico y manejo oportuno del síndrome HELLP. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 66(1), 57-65. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322020000100057

Todo el contenido de **LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades**, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](#) 