

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA (FDS)

EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS QUE BRINDA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA A
PACIENTES CON PREECLAMPSIA, HOSPITAL NACIONAL, QUETZALTENANGO,
GUATEMALA. MAYO-JUNIO 2015

TESIS DE GRADO

CLAUDIA YUCELI PRETZINTZÍN SUCHÍ
CARNET 16225-08

QUETZALTENANGO, OCTUBRE DE 2015
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA (FDS)

EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS QUE BRINDA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA A
PACIENTES CON PREECLAMPSIA, HOSPITAL NACIONAL, QUETZALTENANGO,
GUATEMALA. MAYO-JUNIO 2015

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

POR

CLAUDIA YUCELI PRETZINTZÍN SUCHÍ

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO Y GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

QUETZALTENANGO, OCTUBRE DE 2015
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO: DR. CLAUDIO AMANDO RAMÍREZ RODRIGUEZ
VICEDECANO: MGTR. GUSTAVO ADOLFO ESTRADA GALINDO
SECRETARIA: LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN
DIRECTORA DE CARRERA: LIC. MAUREEN ADILIA REYES COLINDRES DE HERRERA

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

MGTR. ROSARIO YADIRA PUAC CANO DE TUY

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. ALMA GUICELA LIMA APARICIO DE SANCHEZ
LIC. AURA FABIOLA BAUTISTA GÓMEZ
LIC. CONSUELO ANNABELLA ESCOBAR Y ESCOBAR

AUTORIDADES DEL CAMPUS DE QUETZALTENANGO

DIRECTOR DE CAMPUS: P. MYNOR RODOLFO PINTO SOLIS, S.J.

SUBDIRECTOR DE INTEGRACIÓN
UNIVERSITARIA: P. JOSÉ MARÍA FERRERO MUÑIZ, S.J.

SUBDIRECTOR ACADÉMICO: ING. JORGE DERIK LIMA PAR

SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO: MGTR. ALBERTO AXT RODRÍGUEZ

SUBDIRECTOR DE GESTIÓN
GENERAL: MGTR. CÉSAR RICARDO BARRERA LÓPEZ

Quetzaltenango 11 de septiembre de 2015

Licda.
Fabiola Bautista Gómez
Coordinadora de las Carreras de Enfermería
Universidad Rafael Landívar
Campus Quetzaltenango.

A través de la presente le extiende un cordial saludo.

Por este medio le manifiesto que tuve el gusto de asesorar el trabajo de graduación de la estudiante: **CLAUDIA YUCELI PRETZINTZIN SUCHI** con carné No. 16225-08, el cual está titulado: **“CUIDADOS QUE BRINDA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON PREECLAMPSIA. ESTUDIO REALIZADO EN LOS SERVICIOS DE LABOR/PARTO Y POST-PARTO DEL HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE QUETZALTENANGO, GUATEMALA DE MAYO A JUNIO DEL 2015”**. Luego de las revisiones y correcciones consideradas pertinentes, se notifica que esta **satisfactoriamente aprobada** y se extiende la presente como constancia para los trámites que correspondan.

Agradeciendo el favor de su atención.

Atentamente:


Mg. Rosario Yadira Puac Cano.
Rosario Yadira Puac Cano
Mg. Licenciada en Enfermería
Colegiado EL-011

cc.
Archivo



Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante CLAUDIA YUCELI PRETZINTZÍN SUCHÍ, Carnet 16225-08 en la carrera LICENCIATURA EN ENFERMERÍA (FDS), del Campus de Quetzaltenango, que consta en el Acta No. 09924-2015 de fecha 9 de octubre de 2015, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS QUE BRINDA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON PREECLAMPSIA, HOSPITAL NACIONAL, QUETZALTENANGO, GUATEMALA. MAYO-JUNIO 2015

Previo a conferírsele el título y grado académico de LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 12 días del mes de octubre del año 2015.



LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN, SECRETARIA
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar

Agradecimiento

A la Universidad: Rafael Landívar, Campus Quetzaltenango en especial a la carrera de enfermería y a los distinguidos docentes que fueron parte de mi formación y crecimiento profesional y personal.

A la Coordinadora: Licda Fabiola Bautista. Por su paciencia, comprensión y apoyo durante los años de formación.

A mi Asesora: Mgtr. Rosario Yadira Puac. Por el tiempo que le dedicó a mi investigación, sus invaluable aportaciones y sugerencia que fueron fundamentales en la realización y culminación. Muchas Gracias.

Al Hospital Regional de Occidente: Por haber permitido que se realizara esta investigación en los servicios de labor/parto y postparto.

Mgtr. Amarilis Tello: Sub-directora del hospital por el apoyo en la validación del instrumento para la recolección de datos.

Al personal de enfermería que colaboro y dedico su valioso tiempo en el llenado de la encuesta.

Al Hospital Nacional de Mazatenango: A las autoridades que permitieron la realización del plan piloto en los servicios de labor/parto y postparto, en especial al personal de enfermería que colaboro.

Dedicatoria

A Dios.

Por ser mí guía, mi fortaleza, por estar a mi lado en todo momento; por permitir que mi sueño se cumpliera ya que sin ti ni las hojas de los árboles se mueven sino es por tu misericordia. Gracias PADRE, HIJO Y ESPIRITU SANTO

A mis Padres:

Miguel Pretzintzin, Elsira Suchi de Pretzintzin por darme la vida, inculcarme valores y en especial por el apoyo incondicional que he recibido, gracias por estar en todo momento a mi lado y porque siempre estado en sus oraciones.

A mi Esposo:

Dr. Estuardo Caniz por el apoyo incondicional, comprensión y confianza que me brindaste y que siempre has permanecido a mi lado en mis tristezas y alegrías.

A mis Hijas:

Melannie Alejandra y Scarlet Vanessa por ser la fuente de mi inspiración, el motivo de mí vivir porque en cada momento difícil ustedes son mi alegría y la razón de seguir adelante sin desfallecer. Que este triunfo sea un ejemplo para ustedes que todos los sueños se cumplen con esfuerzo, sacrificio y dedicación. Las amo mis princesas.

A mis Hermanos:

Lilian, Erickson, Eder y Merari. Por los inolvidables momentos.

A mis Amigos:

Mauceli Reyes, Fabiola Hernández, Carlos Mayorga, Ingrid Aguilar, Ilse Hernández, Andrea Pastor. Por permitirme aprender de ellos y los inolvidables días que compartimos durante los años de la carrera.

Dr. Ronald Cortez:

Por el apoyo que me brindo, Dios lo tenga en su Santo Gloria (Q.E.P.D)

Y a todas aquellas personas que me quieren que con una simple frase “Yuceli y la tesis” me instaban a trabajar con dedicación y esmero.

Índice

| | Pág. |
|---|-----------|
| I. INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 3 |
| III. ANTECEDENTES..... | 5 |
| IV. MARCO TÉORICO..... | 9 |
| 4.1 Enfermería..... | 9 |
| 4.2 Cuidado..... | 10 |
| 4.3 Preeclampsia..... | 13 |
| 4.4 Cuidados de enfermería a pacientes con preeclampsia..... | 28 |
| 4.5. Contextualización geográfica..... | 33 |
| V. OBJETIVOS..... | 34 |
| 5.1 General..... | 34 |
| 5.2 Específicos..... | 34 |
| VI. JUSTIFICACIÓN..... | 35 |
| VII. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN..... | 37 |
| 7.1 Tipo de Estudio..... | 37 |
| 7.2 Sujetos de estudio..... | 37 |
| 7.3 Contextualización geográfica y temporal..... | 37 |
| 7.4 Definición de variables..... | 38 |
| VIII. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS..... | 40 |
| 8.1 Selección de los sujetos de estudio..... | 40 |
| 8.1.1 Criterios de inclusión..... | 40 |
| 8.1.2 Criterios de exclusión..... | 40 |
| 8.1.3 Universo de la población..... | 40 |
| 8.1.4 Identificación de los sujetos a incluir en el universo del estudio..... | 40 |
| 8.2 Recolección de datos..... | 40 |
| 8.2.1 Metodos utilizados para la recolección de datos..... | 41 |

| | | |
|--------------|---|-----------|
| 8.2.2 | Validación de los instrumentos para recolectar datos..... | 41 |
| IX. | PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS..... | 42 |
| 9.1 | Descripción del proceso de digitación..... | 42 |
| 9.1.1 | Electrónica o manual..... | 42 |
| 9.1.2 | Uso de programas..... | 42 |
| 9.1.3 | Uso de Software..... | 42 |
| 9.2 | Plan de análisis de datos..... | 42 |
| 9.3 | Métodos estadísticos..... | 42 |
| 9.4 | Aspectos éticos..... | 42 |
| X | ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS..... | 44 |
| XI. | CONCLUSIONES..... | 67 |
| XII. | RECOMENDACIONES..... | 69 |
| XIII. | BIBLIOGRAFÍA..... | 70 |
| XIV. | ANEXOS..... | 73 |

Resumen

Objetivo. Efectuar los cuidados que brinda el personal de enfermería a pacientes con preeclampsia de los servicios de labor/parto y post-parto del Hospital Nacional, de Quetzaltenango.

Material y Metodología: La investigación realizada fue descriptivo, cuantitativo y de corte transversal; los sujetos de estudio fueron el 100% del personal de enfermería de los servicios de labor/parto y postparto del Hospital Nacional de Quetzaltenango, constituido por 3 licenciadas en enfermería, 5 enfermeras y 30 auxiliares de enfermería en un periodo comprendido de Mayo- Junio 2015.

Conclusiones: El 68% del personal no sabe en qué posición se debe de colocar a la paciente con preeclampsia, el 58% del personal no controla signos vitales, el 55% del personal de enfermería no controla el reflejo osteotendinoso y el 58% del personal no sabe a cada cuanto se debe de pesar a la paciente con diagnóstico de preeclampsia

Recomendación. Socializar los resultados a las autoridades del hospital, jefas de enfermería de los servicios de labor/parto y postparto en conjunto con el personal auxiliar de enfermería y así realizar acciones oportunas para mejorar la atención a las pacientes y disminuir las complicaciones de la preeclampsia. También en el Hospital Nacional Quetzaltenango cuenta con protocolos de atención de enfermería en manejo de pacientes con preeclampsia por lo que se recomienda revisar y actualizar los cuidados que debe brindar el personal de enfermería detalladamente y socializarlo en los servicios de labor/parto y post/parto. Para mejorar la calidad de atención a las usuarias.

I. INTRODUCCIÓN

La preeclampsia es un trastorno del embarazo caracterizado por la aparición de hipertensión aguda después de la 20ª semanas de gestación, se ha investigado durante 100 años su origen pero aun continua siendo desconocida, se sabe que sus efectos y consecuencias más graves las ocasiona en el sistema nervioso central, riñones, corazón, hígado y la coagulación, no obstante la prevención, el cuidado y consejería que brinda el personal de enfermería es relevante para evitar complicaciones y la muerte.

La enfermera desempeña un papel importante en el equipo de salud en el hospital, ya que es, quien tiene una estrecha relación con la paciente, brinda cuidado y cumple con el tratamiento, por lo que se requiere que sea competente, capacitada en el manejo de pacientes con preeclampsia y le permite brindar una atención oportuna con calidad y calidez y así reducir al mínimo las complicaciones ya que las secuelas de esta patología son irreversibles, afectando la calidad de vida de la madre y su familia. Este estudio se realiza con el objetivo de efectuar los cuidados que brinda el personal de enfermería a las pacientes con preeclampsia y obtener datos concretos sobre debilidades en el cuidado y las fortalezas. La importancia del estudio radica en contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad materno infantil, en donde son primordiales los cuidados que brinda el personal de enfermería en la embarazada que con la simple observación, entrevista adecuada y un actuar eficiente y eficaz, se procura el bienestar del binomio madre e hijo.

El trabajo está constituido por el planteamiento de la problemática de la preeclampsia, el marco teórico para fundamentar la investigación y que avala las variables de estudio y así alcanzar los datos deseados, la metodología a seguir es descriptiva porque se van a describir los cuidados que brinda el personal de enfermería, cuantitativa por su confiabilidad, validez y objetividad. Con relación a la población, en el estudio fue realizado en el Hospital Nacional de Quetzaltenango en los servicios de labor/parto y postparto y el universo estuvo contemplado con 3

licenciadas en enfermería, 5 enfermeras y 30 auxiliares de enfermería el instrumento utilizado fue una encuesta de 21 preguntas cerradas y abiertas dividida en 2 secciones la I con datos personales, la segunda aborda los cuidados que brinda el personal de enfermería; Los hallazgos más importantes fueron que el 84% del personal de enfermería no sabe en qué posición se debe colocar a la paciente con preeclampsia, el 78% procuran un ambiente tranquilo, con luz y tomas de oxígeno. El 55% del personal de enfermería no sabe en qué momento debe pesar a la paciente. El 50% indica que controlan los signos vitales, sin embargo refieren que son los estudiantes de medicina quienes llevan a cabo estas actividades. El 50% del personal de enfermería no identifica cuáles son los signos vitales que se deben de controlar a las pacientes con preeclampsia. El personal de enfermería tiene déficit en la identificación de signos y síntomas por intoxicación por sulfato de magnesio y no identifica claramente los signos y síntomas de la preeclampsia.

Hay deficiencia en la identificación de complicaciones en la preeclampsia solamente, el 30% de respuestas son correctas contra un 53% son complicaciones de la eclampsia y síndrome de Hemólisis, Disfunción Hepática y trombocitopenia (HELLP), el 32% del personal anota correctamente los cuidados en todas las hojas que le corresponden a enfermería, el 42% solo registra los cuidados en la nota de enfermería.

Por lo tanto se recomienda la socialización de los resultados a las autoridades del hospital, jefas de enfermería de los servicios de labor/parto y postparto en conjunto con el personal auxiliar de enfermería y así realizar acciones oportunas para mejorar la atención a las pacientes y disminuir en lo mínimo las complicaciones de la preeclampsia, se recomienda que el personal de enfermería controle los signos vitales y no delegar la función a otras disciplinas, que el personal de enfermería deje evidencia de todos los cuidados que se realicen y así evitar cualquier situación legal, además permitir con ello el cuidado continuo de enfermería,

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A diario mueren 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas al embarazo y parto, la población de mayor riesgo son los grandes extremos de la vida adolescentes y mujeres adultas. El embarazo no debe ser un proceso patológico, pero en la actualidad se mueren por diversas complicaciones, las principales causas de mortalidad materna son las hemorragias graves en su mayoría tras el parto, las infecciones, la hipertensión gestacional y los abortos. (1)

La morbilidad y mortalidad materna sigue siendo un problema latente para los servicios de salud según el Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA) y el Centro Nacional de Epidemiología (CNE) reportó 379 muertes de mujeres por causas relacionadas al embarazo, parto y puerperio durante el año 2012, las principales causas de mortalidad materna fueron: hemorragias 40% trastornos hipertensivos en el embarazo 26% y sepsis el 11%. (2) Para el año 2013 se reportaron 445 muertes y de enero a agosto 2014 se contabilizaban 215 muertes y las principales causas fueron: Eclampsia no especifica 11%, preeclampsia no especificada 9%, retención de placenta sin hemorragia 8%, hemorragias postparto 7%, hemorragias del tercer período del parto 4% (3).

Con los datos mencionados se realiza un análisis del cual se llega a la conclusión que al transcurrir de los años la preeclampsia esta predominando como causa de muerte en las gestantes. A nivel del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), existen protocolos de atención y manejo de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio que están implementados para diagnosticar, controlar oportunamente y referir a un tercer nivel de atención; pero no se cuentan con guías para los cuidados que debe brindar el personal de enfermería y se rigen por indicaciones médicas. En el Hospital Nacional de Quetzaltenango en el servicio de Labor/parto y postparto, se cuenta con un protocolo de cuidado a pacientes con preeclampsia dirigido al personal de enfermería para brindar atención de calidad, calidez y humanismo.

Enfermería es base importante en el equipo de salud para el cumplimiento del tratamiento, cuidados adecuados y oportunos, recuperación, identificación de signos y síntomas de complicaciones, apoyo emocional al paciente y familia desde un ámbito integral, humanizado sabiendo bien que la pre-eclampsia es una complicación del embarazo con grandes repercusiones en la integridad de las mujeres con este diagnóstico le corresponde a enfermería intervenir en el cuidado. Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la evaluación de los cuidados que brinda el personal de enfermería a las pacientes con preeclampsia?

III. ANTECEDENTES

En el estudio titulado: “Incidencia de los trastornos hipertensivos en el embarazo y la calidad de atención proporcionada por el personal de enfermería en el servicio de ginecología del hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán Ecuador. El cual fue realizado durante el periodo de abril-octubre del 2007”, el estudio fue de tipo descriptivo-propositivo, este estudio tuvo un diseño cualitativo- cuantitativo. La población en estudio fueron mujeres que presentaron trastornos hipertensivos en el embarazo y asistieron al servicio de Ginecología en el segundo trimestre del 2007.

Se utilizó una encuesta y una revisión documental de historias clínicas y revisión de las normas de atención del hospital. Sus conclusiones aportan los siguientes hallazgos: el servicio prestado es satisfactorio, en cuanto al trato, limpieza, alimentación. Existe un grupo de la población que muestra cierto descontento, debido a situaciones negativas, según los datos obtenidos se demostró que el ambiente laboral es inadecuado, por una falta de comunicación, respeto y consideración por gran parte del personal, impidiendo lograr el trabajo en equipo dentro de la institución. Tomando en cuenta los resultados obtenidos de las encuestas dirigidas al personal de salud, se cree conveniente la implementación de normas y sobre todo de un protocolo de atención exclusivo de enfermería para la atención de mujeres que presentan trastornos de hipertensión inducidos por el embarazo, que permita una atención segura y continua. (4)

En el estudio titulado: “Propuesta de un protocolo de enfermería para el manejo de gestantes con trastornos hipertensivos del embarazo en la unidad de Medicina Materno Fetal de la Maternidad de Concepción Palacios Venezuela”. El estudio se encuentra fundamentado en un diseño no experimental, de tipo proyecto factible. Apoyada en una investigación de campo de carácter descriptivo. La población estuvo conformada por 22 enfermeras que laboran en los turnos rotativos, para la muestra se seleccionó el universo completo de la población sujeta a estudio. La información se recolectó a través de un instrumento tipo prueba de conocimientos, conformado

en dos partes, una de los datos sociodemográficos y la segunda de 20 preguntas realizadas por la escala de Liker. En relación a los resultados se pudo evidenciar, que existe un desconocimiento en la atención de enfermería a las gestantes con trastornos hipertensivos del embarazo, por lo cual es estructurado el protocolo con su respectivo análisis de factibilidad, jurídica, social, administrativa y económica. Se recomienda implementar cursos y talleres al personal de enfermería para ser capacitadas en cuanto al protocolo planteado y sobre el manejo de dichas pacientes de esta manera mantener actualizar y mejorar la atención de enfermería. (5)

En el estudio titulado: “La satisfacción del cuidado de enfermería que le asignan las gestantes hospitalizadas por pre-eclampsia, en un servicio de ginecología correspondiente a una unidad de tercer nivel de atención en salud”, en la ciudad de Bogotá en mayo 2013. El tipo de estudio fue descriptivo, comparativo con abordaje cuantitativo. La muestra estuvo constituida por 54 gestantes hospitalizadas por pre-eclampsia. El instrumento utilizado fue la escala CARE-Q diseñado por Patricia Larso (1984). Las conclusiones fueron que de: La dimensión explica y facilita tiene similitud tanto para el turno de la mañana como la tarde, las participantes valoraron con un buen puntaje del 72.2%,. La dimensión se anticipa se posicionó en su segundo lugar en turno de la tarde con el 64.8% y el turno de la mañana se posicionó en el último lugar con el 48.1%. En la dimensión se anticipa se valoró más bajo en el turno de la tarde con el 48.1%. La satisfacción del cuidado tuvo mínimas variaciones en las diferentes dimensiones. Aunque no hubo una diferencia estadísticamente significativa en la comparación de los turnos de la mañana y la tarde, se analizaron descriptivamente los resultados, se encontraron diferencias porcentuales en la dimensión se anticipa entre el turno de la mañana y la tarde. Se realizaron puntos de corte al instrumento para la presente investigación con el fin de analizar descriptivamente los resultados. (6)

En el estudio titulado: “Cuidados de enfermería a gestantes con preeclampsia severa fundamentado en la teoría de Dorothea Orém en el Hospital IVSS José María Carabaño Tosta, de la ciudad de Maracay estado Aragua Venezuela”. La

investigación responde a un diseño tipo cualitativo, la población y muestra estuvo conformada por una gestante de 20 años de edad con diagnóstico de preeclampsia grave. El estudio fue aplicar el proceso de atención de enfermería basado en la teoría de Dorothea Orém, correspondió a un estudio de caso, Las conclusiones fueron: La valoración de la gestante fue mediante la recolección de datos subjetivos (valoración de los patrones funcionales de salud) y datos objetivos (examen físico) Se identificaron los problemas de salud existentes, y de esta manera se elaboraron planes de cuidados, se planificaron cuidados de enfermería de manera individualizada y fundamentadas en la teoría de Dorothea Orém, por lo que se recomienda al personal de enfermería la realización de actualizaciones obstétricas con el fin de renovar conocimientos que permitan brindar el mejor cuidado en las diferentes emergencias que puedan presentarse. De igual manera, se recomienda capacitar al personal de enfermería para que la atención ante las urgencias obstétricas sea eficiente (proporcionar talleres de actualización), contar con los equipos necesarios para brindar cuidados a cada uno de los pacientes, constante educación a las gestantes durante su hospitalización. (7)

En el estudio titulado: “Conocimiento de la enfermería en la atención a usuarios con preeclampsia y eclampsia en el área de Tococirugía y Ginecobstetricia de Culican Sinaloa México de Marzo a Junio 2005”. Se realizó el estudio con una encuesta descriptiva a 75 enfermeras del Hospital General Regional No 1 siendo el universo el 100% del personal de los servicios estudiados; en el cual se elaboró un instrumento de información sobre el nivel de conocimientos del personal de enfermería de preeclampsia-eclampsia, validado por 2 rondas de expertos y una prueba piloto, así mismo la escala de medición fue bueno cuando contestara correctamente del 86 al 100% de los ítems, regular del 70 al 85% y deficiente, menos de 69%. Las conclusiones fueron que el nivel de conocimiento del personal de enfermería en preeclampsia eclampsia fue bajo, además no existe congruencia entre la antigüedad en el servicio y nivel de conocimiento. (8)

El estudio titulado: “Conocimientos, practicas del personal de enfermería en el manejo del síndrome hipertensivo gestacional en el servicio de Gineco-obstetricia, hospital Monte España Nicaragua durante el II Semestre 2010”. El tipo de estudio aplicado fue descriptivo de corte transversal, los sujetos de estudio estuvo constituida por 30 recursos de enfermería que laboran en el servicio y 10 expedientes de pacientes que ingresaron con esta patología en este periodo de tiempo. Se caracterizó al personal de enfermería, al aplicarse encuestas para valorar los conocimientos y prácticas, se revisaron expedientes clínicos para comprobar si las intervenciones fueron documentadas, esto demostró debilidades en el manejo. Las conclusiones fueron: El personal de enfermería tiene un déficit de conocimientos significativos en el manejo del síndrome hipertensivo gestacional aún siendo en su mayoría enfermeras profesionales, lo cual representa un riesgo potencial en la atención de las pacientes, durante la revisión del expediente clínico se logró constatar que no se documentan rigurosamente las prácticas de enfermería, son acciones de enfermería que se ejecutan y no se dejan evidencia de que la usuaria recibió estos cuidados. Se recomienda que se brinde una capacitación dirigida a las complicaciones y examen físico en especial sobre los reflejos osteotendinosos por ser una acción propia de la enfermera, que debe efectuar en su valoración, siendo de vital importancia la evaluación neurológica de las usuarias y documentar en el expediente clínico, intervenciones de enfermería ejecutadas, dejando evidencia y soporte de todas las acciones ante situaciones judiciales que se puedan presentar en el futuro. (9)

Se realizó una búsqueda exhaustiva en páginas web, biblioteca virtual de la Universidad Rafael Landívar, Universidad de San Carlos de Guatemala sobre trabajos relacionados al tema de cuidados que brinda el personal de enfermería a pacientes con preeclampsia en Guatemala pero no se encontró ninguno, quiere decir que a nivel nacional no se han realizado estudios sobre este tema o no han sido publicados.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1 Enfermería.

Es un servicio para las personas, familias y por extensión, para la sociedad. Se basa en el arte y la ciencia que guían las actitudes, las competencias intelectuales y las habilidades técnicas de las enfermeras como persona en el deseo y habilidad de ayudar a la gente enferma o de dar respuesta a sus necesidades de salud. (10)

4.1.1 Personal de enfermería.

El ejercicio de enfermería proporciona atención en salud a todos los habitantes de la población guatemalteca mediante acciones de atención directa, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación, administración, investigación y docencia. También comprende en coadyuvar el cuidado de la salud en todo el ciclo vital de la persona, familia, comunidad y su entorno.

Para el ejercicio de enfermería están facultadas las personas que reúnan la calidad y el humanismo en la aplicación de los cuidados de los cuales está constituida por el siguiente personal autorizado y avalado por la máxima autoridad que rige la salud, (11)

a. Licenciada en enfermería.

Es un profesional de la salud que a través del proceso de enfermería, promueve la salud e interviene en la solución de problemas de la persona familia y comunidad. Durante su desempeño aplica el razonamiento crítico en sus funciones como promotor de la salud, proveedor de cuidado, educador y administrador de la atención de enfermería. (12)

b. Enfermera.

La enfermera es un ser humano funcional. Como tal no solo actúa sino que también piensa y siente. Lo que piensa y lo que siente al desempeñar su trabajo es importante, está íntimamente relacionado no solo con lo que hace, sino con la

manera que lo hace. Se refleja en cada una de sus acciones, ya sea en forma de palabras, comunicación por escrito, gestos o cualquier otra acción. (10).

c. Auxiliar de enfermería:

Recurso humano con preparación técnica y conocimientos básicos del cuidado de enfermería dirigido a pacientes, familia y comunidad. Realiza actividades delegadas y supervisadas por la enfermera. El personal auxiliar de enfermería en el sistema de salud del país es básicamente el de asistir las actividades planificadas por la enfermera. (12)

4.2 Cuidado.

Es un proceso relacional transcultural complejo asentado en un contexto ético y espiritual. El cuidado es la relación entre la caridad y la acción correcta, entre el amor como compasión en respuesta al sufrimiento y la necesidad, justicia o la equidad en relación con lo que se debe hacer. El cuidado tiene lugar en una cultura o en una sociedad, incluida la cultura personal o en una sociedad y la global.

4.2.1 Valores de los cuidados.

El cuidado de salud debe basarse en los valores humanos y deben preocuparse por el bienestar de los demás. Para definir las responsabilidades sociales y éticas de enfermería y explicar los conceptos del cuidado humano se describen los siguientes valores.

- a. El cuidado y el amor comprenden la energía física primaria e universal.
- b. El cuidado y el amor, a menudo pasados por alto, son las piedras angulares de los humanos; para nutrir estas necesidades se requiere de humanidad.
- c. La capacidad de mantener el cuidado ideal y la ideología en la práctica afecta el desarrollo de la civilización y determina la contribución de la enfermería en la sociedad.
- d. El cuidado de uno mismo es el prerrequisito para brindar cuidado a los demás.
- e. Históricamente, la enfermería ha ofrecido un cuidado humano a la gente con problemas de salud o enfermedades.

- f. El cuidado es el elemento central unificador de la práctica enfermera: la esencia de la enfermería.
- g. El cuidado, en el ámbito humano, ha ido perdiendo interés para el sistema sanitario.
- h. Los avances tecnológicos y las barreras institucionales han superado en algunos casos el cuidado de enfermería.
- i. Un problema importante para la enfermería de hoy en día y la del futuro es la conservación y el avance del cuidado humano.
- j. Solo mediante relaciones interpersonales el cuidado humano se puede demostrar y practicar de manera eficaz.
- k. Las contribuciones sociales, morales y científicas de la enfermería a la humanidad y la sociedad yacen en sus compromisos hacia los ideales del cuidado humano en la teoría, la práctica y la investigación. (10)

4.2.2 La ciencia del cuidado.

El cuidado solo se puede manifestar de manera eficaz y solo se puede practicar de manera interpersonal, comprende factores del cuidado que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas, es eficaz si promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.

Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no solo como es, sino como la persona puede llegar a ser.

Un entorno de cuidado brinda desarrollo del potencial a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado. Por lo tanto el cuidado es más, “salud genético” que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biológico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y brindar cuidados a los pacientes. La práctica de cuidado es fundamental para la enfermería. Así pues una ciencia del cuidado complementa una ciencia de curación. (13)

4.2.3 Condiciones necesarias para brindar cuidados.

- a. Conciencia y conocimiento de que alguien necesita cuidado.
- b. Intención de actuar y acciones basadas en el conocimiento.
- c. Un cambio positivo como resultado del cuidado, juzgado únicamente en función del bienestar de los demás (13).

4.2.4 Normas éticas del cuidado.

Las normas éticas del cuidado son primordiales en la atención a las pacientes por lo que se describen cada una de ellas.

Derechos: son un elemento ético fundamental, unitario, aplicable a la hora de no obligar a un paciente a someterse a procedimientos que no desea, por tanto son estos acuerdos los que permiten llevar una sana convivencia con la otra persona. Se debe de tener en cuenta las necesidades del otro.

Normas Éticas: estas sirven para evaluar y comparar acciones humanas, además sirven de directrices para orientas una acción, se ha tratado de definir no como reglas, sino como cualidades humanas que deben ser respetadas.

Todas estas normas deber ser interrelacionadas entre si las cuales se encuentran:

- a. Autonomía: actuar en función de los objetivos libremente elegidos.
- b. Hacer el bien y evitar el mal: Tener iniciativa para satisfacer las necesidades vitales.
- c. Fidelidad: gestionar y formar carácter único como mejor se desee, se debe tener fidelidad por el acuerdo pactado en la práctica.
- d. Libertad: capacidad y derecho de emprender acción en función a la situación que se encuentre.
- e. Objetividad: derecho a tener conciencia y conocimiento de la situación, actuar conforme la misma.
- f. Autoasertividad: capacidad y derecho de controlar el tiempo y esfuerzo para la evolución de los objetivos.

- g. **Certeza:** cuando se hace imposible llegar a un acuerdo por las condiciones físicas del paciente, se debe actuar según crea la enfermera es lo mejor para el paciente las normas éticas se basan en el bien común. (14)

4.3 Preeclampsia.

Alteración específica del embarazo en la que se desarrolla hipertensión después de las 20 semanas de gestación en una mujer que antes estaba con tensión normal, es un proceso multisistémico, enfermedad vaso espástica caracterizada por hemoconcentración, hipertensión y proteinuria. El diagnóstico de preeclampsia tradicionalmente se ha basado en la presencia de hipertensión con proteinuria, edemas o ambas que se le denomina la triada de la preeclampsia que se describe a continuación.

- a. Hipertensión:** Elevación de la presión sistólica que igualan a superan los 140/90mm de Hg cuando se conoce la presión arterial del primer trimestre, sirve como valores basales de la mujer una definición alternativa de hipertensión, es una elevación de la presión sistólica de al menos 30mm de Hg por encima de los valores normales de la mujer.
- b. Proteinuria.** Concentración de 0,1g/L (1+ a 2+ en la medición con tiras reactivas) o más en al menos dos muestras de orina al azar recogidas con al menos 6 horas de diferencia, en una muestra de 24 horas la proteinuria se define como una concentración de 0,3g/L en 24 horas.
- c. Edema.** Ya no es necesario para el diagnóstico de preeclampsia pero puede estar presente, es una acumulación generalizada de líquido intersticial después de doce horas de reposo en cama o un aumento de peso de 2 kg o más por una semana, el edema debe evaluarse como un reflejo del edema de un órgano final y posible hipoxemia organizada. (15).

4.3.1 Historia de la Preeclampsia.

El término griego eklampsis significa: brillantez, destello, fulgor o resplandor, para referirse al brusco comienzo de las convulsiones.

Hipócrates, siglo IV AC, se refirió a la gravedad de las convulsiones durante la gestación. Celso en el siglo I de nuestra era, destacó la asociación entre las convulsiones y la muerte fetal.

a. Siglo XVI y XVII.

Guillaume Manquest (1665-1737) publicó que las convulsiones desaparecían luego del nacimiento.

b. François Mauriceau.

(1673-1709) fue el primero en diferenciar la eclampsia de las convulsiones epilépticas, al asignarlas como una patología propia de la gestación. Además, se refirió a la gravedad que implica la ausencia de recuperación de la conciencia entre las convulsiones y la prevalencia de esta patología entre las primigestas.

c. El siglo XIX.

La epigastralgia como síntoma vinculado a la eclampsia fue descrita por Chaussier en 1824. En 1831, Ryan escribió que las convulsiones suelen ocurrir al final del embarazo o durante el trabajo de parto. Sin embargo el término eclampsia también fue asignado a convulsiones de otro origen, como las de causa urémica. 1840, el patólogo francés Rayer (1793-1867) demostró la presencia de proteinuria en dos gestantes edematizadas. Por primera vez, se disponía de un método objetivo para identificar a una embarazada que pudiera presentar eclampsia ulterior.

Lever (1811-1858) se sorprendió por la semejanza entre enfermas eclámpticas y quienes padecían nefritis, asistidas por su colega Richard Bright. Examinó la orina de las eclámpticas en busca de proteinuria. En 1843, describió proteinuria en 14 enfermas por él asistidas con edema, convulsiones, visión borrosa y cefaleas,

mientras que la proteinuria estuvo ausente en otros 50 embarazos normales. Sin embargo dado que estos síntomas se asociaban en la enfermedad de Bright se dificultaba su diferenciación. Pero Lever notó el carácter transitorio de proteinuria y convulsiones, limitado al periodo gestacional, y de este modo brindó una clave para diferenciar la eclampsia de las convulsiones urémicas. Ya a fines del siglo, Vásquez y Nobecourt descubrieron la presencia de hipertensión arterial en eclámpticas, sin embargo, la medición sistemática de la presión arterial como parte del examen clínico no se realizaría hasta 1906-1910.

d. El siglo XX.

Albuminuria e hipertensión se convertirían en el siglo XX en procedimientos de rutina para el diagnóstico de la hipertensión inducida por el embarazo. En 1903, Cook & Briggs, confirmaron que la proteinuria asociada a la hipertensión podían preanunciar la inminencia de convulsiones. Durante las primeras décadas del siglo existió gran confusión al asignar la enfermedad como una variante de la enfermedad de Bright. Inclusive la eclampsia fue considerada por muchos como una variedad típica de encefalopatía hipertensiva durante la primera mitad del siglo en 1961, quedo definido el término a la patología obstétrica para el estado de coma y convulsiones que se presentan durante la gestación o el puerperio en asociación con hipertensión, proteinuria.

e. El síndrome de Hemolisis enzimas hepáticas elevadas trombocitopenia HELLP.

Pritchard (1921-2002) diseñó un nuevo modelo para la atención del embarazo de alto riesgo. Además fijó normas para cuidados prenatales que luego alcanzarían vigencia en toda la nación, y contribuyó al conocimiento del tratamiento de la eclampsia y las hemorragias obstétricas. (16)

4.3.2 Etiología.

Las causas de hipertensión en el embarazo son múltiples y han sido materia de extensa investigación y mucha especulación. La causa última sigue siendo desconocida.

La preeclampsia es una situación exclusiva del embarazo humano; los signos y síntomas solo se desarrollan durante el embarazo; y desaparecen con rapidez después del parto del feto y de la placenta. No hay ni un perfil único de la paciente que identifique a la mujer que va a tener preeclampsia. No obstante ciertos factores de alto riesgo se asocian con el desarrollo de la enfermedad: primer embarazo, gran multiparidad, feto grande, embarazo múltiple y obesidad. (16)

4.3.3 Fisiopatología de la preeclampsia.

a. Cambios vasculares uterinos.

La placenta humana es perfundida por numerosas arterias útero-placentarias (espiriladas), que por la acción del trofoblasto intersticial y endovascular migratorio transforman el lecho arterial útero-placentario en un sistema de baja resistencia, baja presión y alto flujo. En el embarazo normal, la invasión decidual a cargo de las vellosidades trofoblásticas altera las arterias espiriladas, en las cuales la capa muscular y elástica es reemplazada por fibrina y citotrofoblasto, convirtiendo a estos vasos en conductos gruesos y tortuosos que aumentan la irrigación placentaria. Esto ocurre entre la décima y décimo segunda semana de gestación. Más tarde, los cambios se extienden a los vasos miométrales hasta llegar a la porción radial de las arterias uterinas, respetando el sector basal.

Esta segunda etapa de invasión trofoblástica se produce entre la 14ª y la 20ª semana de gestación. En la hipertensión inducida por el embarazo, esas modificaciones están restringidas al segmento decidual de las arterias espiriladas, mientras que el segmento miometral de las mismas conserva las fibras elásticas y musculares, debido a la inhibición de la segunda etapa de la onda de migración endovascular del trofoblasto. Así, las arterias espiriladas miométrales conservan su capacidad de

respuesta contráctil ante estímulos humorales o nerviosos (aumento de la resistencia, alta presión y baja flujo con disminución de la perfusión útero placentaria). Estos cambios patológicos pueden restringir el flujo sanguíneo requerido por la unidad útero-placentario en los estadios más avanzados del embarazo, implicando un aporte fijo que no responde a las demandas, con la consecuente isquemia. Esto explica el menor crecimiento fetal (recién nacido de bajo peso) y por ende la mayor morbilidad y mortalidad neonatal.

b. Circulatorios.

En pacientes con preeclampsia severa, especialmente con proteinuria significativa, es usual observar una disminución del volumen plasmático, con la consecuente hemoconcentración y aumento de la viscosidad sanguínea. Esta hiperviscosidad puede resultar en una disminución del flujo útero-placentario, trombosis, infartos placentarios y retardo del crecimiento intrauterino (RCIU). El hematocrito materno y la concentración de hemoglobina están directamente relacionados con la frecuencia de infartos placentarios e inversamente relacionados con el peso del recién nacido.

c. Función renal.

Las pacientes con pre-eclampsia presentan una disminución de la perfusión y del filtrado glomerular de grado leve a moderado, expresado por un aumento de la creatinina y del ácido úrico. El endotelio glomerular (edema de células endoteliales con depósitos de fibrina) es considerada una alteración histopatológica patognomónica de la preeclampsia.

d. Alteraciones hematológicas.

La preeclampsia está asociada a vaso espasmo, activación de la coagulación alteraciones de la hemostasia. La hemólisis microangiopática se caracteriza por la presencia de hematíes crenados o esquistocitos en el frotis de sangre periférica. Las alteraciones de la hemostasia se traducen clínicamente por aumento del sangrado intra y posparto y hemorragia intracraneano. (16)

4.3.4 Factores de riesgo.

La preeclampsia es más probable en pacientes con los antecedentes que se describen:

- a. Primigestas adolescente (< 16 años).
- b. Primigestas mayores (> de 35 años)
- c. Multigestas con primipaternidad.
- d. Multigestas con antecedentes de preeclampsia.
- e. Primigestas de cualquier edad con antecedentes familiares de preeclampsia en las hermanas o en las madres.
- f. Embarazo múltiple.
- g. Mola hidatiforme.
- h. Enfermedades subyacentes como enfermedades autoinmunes, síndrome de Cushing, disfunción tiroidea, feocrocitoma, etc.
- i. Adicción a la cocaína.
- j. Hidrops fetal.
- k. Mujeres con hipertensión crónica.
- l. Mujeres con nefropatías.
- m. Mujeres con diabetes tipo I o II.
- n. Mujeres con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos.
- o. Mujeres obesas.
- p. Riesgo psicosocial. (16). (17)

4.3.5 Signos y síntomas.

La preeclampsia puede acompañarse de varios síntomas, sobre todo en la forma más severa. Existe evidencia de que la cefalea y las alteraciones visuales en una paciente con pre-eclampsia constituyen los factores de riesgo para eclampsia (Nivel III). El dolor epigástrico, la náusea y los vómitos han demostrado ser factores de riesgo independientes de complicaciones graves en la mujer con preeclampsia (Nivel III). Si bien, el edema puede ser parte de un cuadro clínico de preeclampsia, ha sido retirado como criterio diagnóstico y no se menciona en las guías de práctica clínica por ser muy frecuente en el embarazo normal y valorado en forma subjetiva. Se

incluye, sin embargo, el edema de mano y cara (párpados) como un signo de preeclampsia. Se recomienda que todas las pacientes reciban información acerca de los signos y síntomas de alarma de preeclampsia y eclampsia por parte del personal de salud en forma clara, sencilla, así como capacitación para que ellas puedan identificar los síntomas de alarma entre las consultas prenatales, y si fuera el caso, acudan al centro hospitalario para recibir atención oportuna.

Síntomas y signos de alarma de preeclampsia-eclampsia que todas las pacientes deben identificar:

- a. Dolor de cabeza persistente
- b. Náusea y vómito
- c. Trastornos de la visión (ver lucecitas)
- d. Tinnitus.
- e. Irritabilidad
- f. Epigastralgia (dolor en la boca del estómago o en el lado derecho del abdomen)
- g. Hiperreflexia generalizada.
- h. Estupor.
- i. Cambios mentales transitorios.
- j. Edemas patológicos. (18), (19)

4.3.6 Métodos de diagnóstico de la preeclampsia.

El clásico diagnóstico se realizaba con base a la triada de hipertensión, proteinuria y edema posterior a la semana 20 de gestación. “Recientemente el National High Blood Pressure Education Working Group” recomendó eliminar el edema como criterio de diagnóstico debido a que es un hallazgo demasiado frecuente en las mujeres embarazadas como para considerarlo diagnóstico.

La toma de la presión arterial en forma rutinaria durante el embarazo no está sustentada en la prueba directa de que reduce la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, y es improbable que por razones éticas se realicen ensayos en el futuro que asignen a un grupo de embarazadas al grupo control, debido a que se trata de

un método simple, sin costo y bien aceptado por las pacientes; la realización de este tamizaje está justificado sobre una base empírica.

En una paciente clasificada, al inicio del embarazo, como de alto riesgo, el monitoreo clínico cercano permitirá reconocer la enfermedad en sus estadíos más tempranos. Como primer paso: la mejor estrategia es la detección temprana de cifras tensionales persistentemente anormales. La medición de una presión arterial de 140/90 o con leve elevación de las cifras (140/95) por primera vez en la mujer embarazada con más de 20 semanas, suele constituir el primer signo de sospecha. Debido a las fluctuaciones de la presión arterial que ocurren en el embarazo durante el día, un requisito es su confirmación con otro registro en un intervalo de 4-6 horas posterior a la primera toma (no más de siete días después). En caso afirmativo, se hará el diagnóstico.

4.3.7 Clasificación de la preeclampsia.

a. Preeclampsia leve.

Se establece el diagnóstico de preeclampsia leve cuando se presentan los siguientes criterios después de la semana 20 de gestación, durante el parto o en las primeras seis semanas posparto en una mujer sin hipertensión arterial previa.

- Presión arterial 140/90 mm Hg pero menor de 160/110 mm Hg en dos ocasiones, con intervalo de al menos 6 horas con la paciente en reposo en cama.
- Proteinuria mayor o igual a 300 mg pero menos de 5 g en una colección de orina de 24 horas. Esta se correlaciona usualmente con la presencia de 30 mg/dl en tiras reactivas (se requieren 2 determinaciones o más con un lapso de 6 horas en ausencia de infección de vías urinarias o hematuria).
- Sin síntomas.

b. Preeclampsia severa.

Se establece el diagnóstico de preeclampsia severa cuando se presentan uno o más de los siguientes criterios después de la semana 20 de gestación, durante el parto o en las primeras seis semanas posparto.

Su sintomatología se presenta por presión arterial mayor o igual a 160/110 mm Hg, proteinuria de 5 gr en orina de 24 horas o su equivalente de 3 + en tira reactiva al azar colectadas con un intervalo de al menos 4 horas, alteración de función hepática, cefalea, alteraciones visuales o cerebrales persistentes, epigastralgia y ardor este síntoma es importante en asociación con el síndrome de HELLP, restricción en el crecimiento intrauterino, oliguria ≤ 500 ml en 24 horas, edema agudo de pulmón, dolor en epigastrio o hipocondrio derecho. (20)

4.3. 8 Tratamiento de la pre eclampsia.

a. Tratamiento de la preeclampsia leve.

Las pacientes con preeclampsia leve se hospitalizan para confirmar el diagnóstico y hacer estudios adicionales. Deben recibir una dieta regular sin restricciones en sal, no se indican diuréticos, antihipertensivos ni sedantes y la evaluación incluye la toma de la presión arterial cada cuatro horas durante el día, control de peso y edema, laboratorios: hemoglobina, hematocrito, creatinina, ácido úrico, plaquetas, frotis de sangre periférica, pruebas de coagulación, transaminasas y deshidrogenasa láctica, recolección de orina en 24 horas para determinar las cifras de creatinina y proteinuria, con una frecuencia de dos veces por semana.

La valoración fetal se realizará de la siguiente manera:

- a. Estimación del crecimiento y del índice de líquido amniótico al momento del diagnóstico. Si los valores son normales, se repite el cálculo cada tres semanas.
- b. Al momento del diagnóstico se hacen las pruebas sin estrés (NST) y el perfil biofísico. Si la NST es reactiva o el perfil biofísico es ≥ 8 puntos, se vuelven a hacer cada semana. Si hay cambios abruptos en las condiciones maternas, se repiten inmediatamente.

- c. Si el peso fetal estimado por ultrasonido es menor o igual al percentil 10 para la edad gestacional o si hay oligoamnios (índice de líquido amniótico ≤ 5 cm), la NST y el perfil biofísico deben hacerse dos veces a la semana.

Una vez confirmado el diagnóstico de preeclampsia leve se puede dar de alta a la paciente e implantar un manejo expectante en forma ambulatoria. Al realizar la selección de la paciente ideal para tratamiento ambulatorio, esta debe ser confiable, sin signos o síntomas de enfermedad grave y cuyas pruebas de vigilancia fetal son tranquilizadores. La conducta ambulatoria implica reposo en casa, evaluación diaria de la presión arterial, cálculo de proteinuria cualitativa con tira reactiva y control de movimientos fetales activos.

Se indicará parto inmediato si:

- El estado del cérvix es favorable con edad gestacional de 37 semanas o más.
- La edad gestacional de 40 o más semanas.
- Agravamiento de la preeclampsia.
- Pruebas fetales anormales (20)

b. Tratamiento de preeclampsia grave.

Nada por vía oral.

Líquido endovenoso: bolo inicial de 1,000cc. Con gasto urinario mayor 2cc/kg/h, continuar la infusión de líquidos a 120cc/hora (déficit de 68cc/kg). Con gasto urinario menor a 0.5 cc/kg/h, continuar bolos de 1,000cc/h con valoración médica cercana.

Dos venas con catéter 16 o 18.

Sonda vesical.

Presión venosa central (PVC) si gasto urinario <de 0.5cc/kg/h.

Control estricto de líquidos administrados, líquidos eliminados.

Maduración pulmonar administrar dexametasona o betametasona 2 dosis cada 12 horas.

Si la presión arterial persiste luego de 1 hora de manejo inicial >160/110, o una presión arterial media (PAM) de 105. Iniciar tratamiento con antihipertensivos. (21)

Siempre es necesario la hospitalización y el parto está indicado si:

- La edad gestacional es de más de 34 semanas.
- Está confirmada la madurez pulmonar.
- Aparece deterioro materno o fetal.

Se puede controlar de forma aguda la hipertensión mediante la hidralazina, nifedipina o labetanol, teniendo como objetivo lograr una presión arterial sistólica de menos de 160 mm Hg y una diastólica no menos de 100 mm Hg pero no de manera abrupta ya que se puede ver afectada la perfusión sanguínea materno fetal, esta cifra permite controlar el riesgo materno, sin exacerbar el riesgo fetal. Hay que tener presente que esta complicación obstétrica deriva de una placenta hipoperfundida, lo que pone a la perfusión fetal en situación crítica.

Al tratamiento antihipertensivo debe agregarse sulfato de magnesio si existe hiperreflexia, cefalea intensa, trastornos visuales o auditivos tinnitus, síntomas premonitores de convulsión.

El uso cuidadoso del sulfato de Mg no se debe a su efecto hipotensor que se obtiene con niveles plasmáticos de Mg muy cercanos a los que producen depresión respiratoria, sino está dada por su acción anticonvulsivante. En esta situación el sulfato de magnesio ha demostrado poseer mejor efectividad anticonvulsivante que la fenitoína o el diazepam. En estas pacientes conviene monitorizar los efectos tóxicos del Mg y la evolución del estado pre convulsivo, para lo que es necesario:

- Administrar siempre en una sala con vigilancia permanente de enfermería.
- Controlar que la frecuencia respiratoria sea mayor de 14 por minuto.
- Controlar los reflejos y, si hay hiporeflexia, reducir, suspender o antagonizar el Mg.
- Monitorizar los niveles plasmáticos de Mg, los que se deben mantener entre 6 y 8 mEq/L. Con 10 mEq/L se observa desaparición de los reflejos periféricos y niveles de 12 o más mEq/L pueden causar depresión respiratoria. Como la vía de excreción del Mg es renal, una reducción de la filtración glomerular favorece

alcanzar rápidamente tanto los niveles terapéuticos como tóxicos del Mg. Por ello, si la creatinina es $> 1,5$ mg/dL o la diuresis mantenida es < 1 mL/min por 4 h, se debe readecuarla dosis de Mg e idealmente medir sus niveles plasmáticos frecuentemente.

- La asociación de sulfato de magnesio con antagonistas del calcio debe evitarse, ya que estos últimos potencian los efectos tóxicos del Mg.
- Por otro lado, la aparición de toxicidad por magnesio se debe antagonizar con 1g de gluconato de calcio intravenoso.

La inducción del parto es el modo más común de comenzar la labor del parto en los embarazos que cursan con preeclampsia grave pues en la mayor parte de los casos el diagnóstico se efectúa antes que el cuello uterino comience sus fases de borramiento y dilatación. Las indicaciones médicas abogan por el parto vaginal como vía idónea para el término de la gestación, dejan la cesárea para la gestante con alguna complicación como la eclampsia.

El manejo de la preeclampsia grave antes de las 34 semanas es controversial, algunos indica hacer nacer al producto sin importar la madurez pulmonar y otra hace referencia a que se puede manejar con sulfato de magnesio mientras se gana tiempo para la madurez pulmonar utilizando glucocorticoides. La decisión del manejo expectante se debe individualizar, siempre y cuando no exista compromiso fetal, eclampsia, hipertensión incontrolada, coagulación intravascular diseminada, síndrome de HELLP, edema cerebral, hemorragia hepática o cerebral. Las muertes fetales intraútero están relacionadas con la disminución del riesgo uteroplacentario y los espasmos producidos en las arterias espirales, con la subsecuente trombosis arterial, que motiva una anoxia intrauterina al feto y si este no está bien preparado para soportarla lo llevará inevitablemente a la muerte. (20)

En la siguiente página se presentan los antihipertensivos más utilizados, las vías, los efectos adversos, así como los cuidados de enfermería que se deben tener para su administración y vigilancia.

Dosis de manejo de antihipertensivos. (22)

| Medicamento, Acción. | Dosis/ vía | Efectos adversos potenciales. | Intervenciones de enfermería. |
|---|---|--|---|
| <p>Sulfato de Magnesio: Disminuye la acetilcolina descargada por el impulso nervioso motor, y por tanto deprime al SNC y produce efecto anticonvulsivo.</p> <p>Se usa con precaución cuando esta trastornada la función renal.</p> <p>Está contraindicado en caso de lesión miocárdica bloqueo cardíaco o miastenia grave.</p> | <p>Dosis de carga: IV: 4-6 g durante 20-30 minutos, a lo que sigue de administración de sostén en solución de 2-4g/hora.</p> | <p>Bochornos. Diaforesis. Letargo. Visión borrosa. Nauseas. Hipocalcemia. Reflejos deprimidos. Parálisis respiratoria. Colapso circulatorio.</p> <p>Fetales/neonatales. Disminución de la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal. Hipotonía. Depresión respiratoria. Disminución del reflejo de succión.</p> | <p>Vigilancia estricta de la entrada de líquidos como el MgSo se excreta por el riñón, los pacientes con oliguria o enfermedad renal están en peligro de que se les acumulen dosis tóxicas de magnesio.</p> <p>Valorar los signos vitales cada 5-15 minutos durante la dosis de carga y continuación cada 30 a 60 minutos.</p> <p>Valorar los reflejos cada hora.</p> <p>Vigilar la aparición de signos y síntomas de toxicidad del magnesio</p> <p>Los antídotos son gluconato de calcio o cloruro de calcio a dosis de 10meq vía iv con lentitud durante 5 a 10 minutos.</p> <p>Tener precauciones contra convulsiones y tener en la cabecera de la cama del paciente, equipo de reanimación listo para usarse.</p> |

| Medicamento, Acción. | Dosis/ vía | Efectos adversos potenciales. | Intervenciones de enfermería. |
|--|---|---|---|
| <p>Clorhidrato de hidralazina. Reduce la presión arterial por la relación directa del musculo liso vascular.</p> | <p>5-10mg por vía iv lento puede repetirse cada 20 minutos.</p> | <p>Taquicardia. Hipotensión. Cefalea. Retención de sodio.</p> | <p>Después de la dosis rápida iv, valorar la presión arterial cada 2-3 minutos durante 30 minutos la finalidad es conservar la presión arterial diastólica entre 90 y 100 mm/Hg. La hipotensión podría disminuir el riego uteroplacentario.</p> |
| <p>La vasodilatación resultante reduce la resistencia vascular periférica e incrementa los flujos sanguíneos cerebral, renal y el riego uteroplacentario.</p> | | | <p>Vigilar de manera continua la frecuencia cardiaca fetal.</p> <p>Valorar la entrada y salida de líquidos.</p> |
| <p>Nifedipina. Antagonista del calcio se usa para tratar la hipertensión y el trabajo del parto antes del término. Dilata las arterias coronarias y disminuye la resistencia vascular general al relajar al musculo liso. Incrementa la excreción urinaria al mejorar el flujo sanguíneo renal. Está contraindicado en cardiopatía.</p> | <p>10 mg vía oral cada 30 minutos hasta administrar 3 dosis y continuar cada 4-8 horas.</p> | <p>Hipotensión. Cefalea. Mareos</p> | <p>Valorar la presión arterial cada 2-3 minutos por 30 minutos durante el tratamiento agudo.</p> <p>Valorar la presión arterial antes de cada dosis durante el tratamiento de sostén.</p> |

| Medicamento, Acción. | Dosis/ vía | Efectos adversos potenciales. | Intervenciones de enfermería. |
|---|--|--|--|
| <p>Metildopa. Antihipertensor de acción lenta, no es el fármaco preferido para la crisis hipertensiva aguda; sin embargo, se puede usar para tratar la hipertensión crónica.</p> <p>Al reducir la presión arterial prenatal puede mejorar el flujo sanguíneo uterino y el crecimiento fetal.</p> <p>Se usa con precaución cuando el embarazo está complicado por hepatopatía. Se metaboliza en el hígado y se excreta en la orina.</p> | <p>Dosis oral: 1 gramo al principio, a continuación 1-2 g/día repartidos en cuatro dosis.</p> | <p>Hipotensión postural. Somnolencia. Retención de líquidos.</p> | <p>Valorar a la paciente cuando esté ambulando, por si experimenta hipotensión postural.</p> <p>Valorar la frecuencia cardiaca fetal.</p> |
| <p>Furosemina (Lasix). No se recomienda este diurético como adjunto al tratamiento farmacológico a menos que haya edema pulmonar. Puede incrementar en mayor grado aun el déficit de volumen intravascular que esta alterado de antemano a causa de preeclampsia.</p> | <p>Dosis rápida IV para el edema pulmonar: 10-40mg a(dosis máxima de 80 mg) administrados durante varios minutos puede repetirse cada hora hasta que se logre el efecto deseado.</p> | <p>Hipopotasemia. Hiponatremia. Fetales/neonatales. Disminución del riego placentario. Trombocitopenia. Hiperbilirrubina. Alteración del metabolismo de los carbohidratos.</p> | <p>Controlar de manera estricta la entrada y salida de líquidos.</p> <p>Valorar el estado pulmonar.</p> <p>Valorar los valores hemodinámicos si la paciente tiene instalada una sonda Swan-ganz.</p> |

4.3.9 Complicaciones.

Las mujeres con preeclampsia severa son susceptibles de presentar complicaciones graves como: Edema pulmonar, falla respiratoria, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPPNI), coagulación intravascular diseminada, insuficiencia hepática o renal; hematomas o ruptura hepática, enfermedad vascular cerebral, ceguera cortical, desprendimiento de retina, crisis convulsivas eclámpticas y falla orgánica múltiple. Los riesgos asociados a las convulsiones son la hipoxia severa por las recurrencias, el trauma materno y la neumonía por aspiración. Durante o inmediatamente después del episodio convulsivo deben instalarse medidas de apoyo para evitar lesiones maternas graves y aspiración: proteger la lengua, minimizar el riesgo de aspiración, mantener la vía aérea permeable y administrar oxígeno. (23)

a. Eclampsia.

Eclampsia significa relámpago. Hoy sabemos que las convulsiones se presentan generalmente en una embarazada que ha pasado por las etapas anteriores de la enfermedad. Es la aparición de convulsiones o coma durante el embarazo en una mujer después de la vigésima semana de gestación, el parto o en las primeras horas del postparto sin tener relación con afecciones neurológicas. Es el estado más grave de la enfermedad hipertensiva del embarazo.

b. Síndrome de HELLP

Síndrome de Hemólisis, Disfunción Hepática y Trombocitopenia ha sido reconocido por muchos años como complicaciones de la preeclampsia severa. El término de HELLP parcial en los casos en que se presentan por lo menos una característica de las ya mencionadas. (24)

4.4 Cuidados de enfermería a pacientes con preeclampsia.

Las acciones de enfermería se derivan del tratamiento médico, las instrucciones del proveedor de salud y los diagnósticos de enfermería. La terapia más efectiva es la prevención. Los componentes esenciales en la optimización de los resultados maternos y fetales son el cuidado prenatal precoz, la identificación de las mujeres

embarazadas en riesgo de preeclampsia y el reconocimiento y la notificación de los signos físicos de alerta. No puede subestimarse la importancia de las habilidades de la enfermera para valorar en la paciente los factores y síntomas de la preeclampsia. Enfermería puede hacer mucho en su papel de tomar medidas para mejorar la educación pública y el acceso a la atención prenatal.

4.4.1 Cuidado hospitalario.

Las mujeres con preeclampsia severa o síndrome HELLP tienen múltiples problemas y supone un desafío complejo al equipo de salud. Las enfermeras que tienen a su cargo a estas mujeres requieren de un buen conocimiento del proceso de la enfermedad, el régimen del tratamiento y las posibles complicaciones que afectan a la madre y al feto, los cuidados de enfermería deben centrarse en ambos.

Cuidados dirigido a la paciente con preeclampsia.

- a. Orientar a la paciente y a su familia sobre el motivo de la hospitalización, tratamiento médico ordenado, condiciones del ingreso y normas del servicio.
 - a) Limitar las visitas de lo contrario la persona que se acerque a la cama puede interferir en la eficacia del tratamiento
 - b) Valorar estado de la conciencia.
 - c) Valorar signos vitales cada 15 a 30 minutos.
 - Efectuar esta medición con mayor frecuencia cuando los valores son de por lo menos 160/110 y durante el tratamiento hipertensivo por vía iv.
 - Efectuarla con menor frecuencia puede ser aceptable si los valores están por debajo de 160/110, cuando son tranquilizantes otros aspectos y después del parto.
 - d) Al ingreso se determina el peso y todos los días de allí en adelante. El aumento de peso puede ser un indicador de edema, el edema reduce el riego tisular.
 - e) Canalización de dos vías venosas utilizando catéter No. 16 o 18 en ambos brazos e iniciar hidratación según indicaciones médicas.
 - f) Extraer muestras para exámenes: hematología, ácido úrico, proteinuria,

- g) Mantener al paciente en reposo absoluto en cama y en decúbito lateral izquierdo, esta posición reduce la presión arterial, aumento del flujo sanguíneo uterino (favorece el riego uteroplacentario) y renal, movilización del líquido extravascular y reducción de la producción de catecolaminas endógenas.
- h) Mantener un ambiente cómodo y tranquilo a la paciente, tan agradable como fuera posible evitar exceso de estímulos como, luz, y ruido ya que el sistema nervioso central se encuentra sensible por la disrrimia cerebral y esto puede desencadenar crisis convulsiva
- i) Colocación de sonda foley, para llevar el control de egresos de líquidos y facilitar las muestras de orina que se soliciten.
- j) Control estricto de ingesta y excreta de líquidos cada hora.
- k) Cuidados de sonda foley, verificar la permeabilidad de la sonda, vigilar que este fijada, para que el globo no se salga y vaya a lastimar a la paciente, cambiar la sonda foley cada 7 días. no levantar la bolsa del drenaje más arriba de la rodilla para evitar que la orina se regrese y evitar infecciones ascendentes.
- l) Evaluar reflejos tendinosos profundos reviste especial importancia si la paciente está en tratamiento con sulfato de magnesio; la ausencia de reflejos es signo precoz de toxicidad inminente por magnesio en especial el patelar se examina con las piernas de la mujer colgando libremente sobre el borde de la mesa de examen o con la paciente acostada sobre sobre su lado izquierdo con la rodilla ligeramente flexionada se aplicará un golpe con el martillo de reflejos directamente al tendón de la rótula la respuesta normal es la extensión de la pierna. Este reflejo debe evaluarse cada hora si la mujer está recibiendo infusión continua de la droga.

La enfermera debe valorar los signos y síntomas de toxicidad del magnesio, los cuales se mencionan a continuación:

Signos tempranos:

- Nauseas
- Sensación de calor generalizado
- Sed

- Sudación
- Hipotensión
- Flaccidez
- Rubor
- Disminución de reflejos.
- Lenguaje titubeante.
- Somnolencia.

Signos tardíos:

- Debilidad muscular.
- Depresión del sistema nervioso
- Hipocalcemia.
- Parálisis respiratoria.
- Paro cardio- respiratorio.

m) Valorar los signos y síntomas de edema pulmonar, los cuales son los siguientes:

- Ruidos respiratorios anormales: estertores y sibilancias.
- Dificultad para respirar.
- Disminución de la saturación de oxígeno.
- Taquipnea.
- Taquicardia.
- Matidez pulmonar a la percusión.
- Tos productiva y no productiva.
- Distensión de las venas del cuello.
- Ansiedad.

n) Administración de medicamentos indicados.

o) Brindar apoyo emocional y psicológico ya que es esencial para ayudar a la paciente y a la familia en esta enfermedad. Su percepción del proceso de enfermedad, las razones del mismo y los cuidados recibidos afectarán su

tolerancia y su participación en la terapia. La familia tendrá que poner en uso mecanismos de afrontamiento y sistemas de apoyo para ayudarse durante la crisis.

- p) Anotar los registros de enfermería correspondiente de manera clara, oportuna y detallada. (25), (26). (22) (27)

Cuidados de enfermería ante las convulsiones.

- a) Colocar en posición correcta para evitar aspiraciones.
- b) Avisarle al médico.
- c) Durante la convulsión realizar circulación, aire y ventilación (CAB) de reanimación.
- d) Medidas protectoras para prevenir lesiones: si es posible introducir cánula traqueal, colocar la cabeza de la paciente de lado, colocar barandas a la cama o camilla, colocar almohada bajo la cabeza.
- e) Favorecer la respiración adecuada mediante aspiración y administrando oxígeno si se requiere.
- f) Bandeja de medicamentos de urgencias de acceso inmediato por indicaciones médicas.
- g) Observar y registrar en qué momento se inicia la convulsión y la duración de cada fase. (28)

Cuidados del bienestar fetal.

- a. Valorar y controlar en forma continua el bienestar fetal mediante la frecuencia cardiaca fetal por auscultación o por monitor fetal electrónico.
- b. Vigilar la actividad uterina.
- c. Reportar al obstetra la actividad uterina y la frecuencia cardiaca fetal si son menores de 120 o mayores de 180, si hay reducción de la reactividad, reducción, disminución de la variabilidad o ausencia de actividad fetal.

- d. Explicar los procedimientos a la paciente y prepararlas para las pruebas prenatales diagnosticas como: ultrasonido, amniocentesis, prueba de esfuerzo de contracciones, perfil biofísico, valores de estriol.
- e. Valorar si existen signos de trabajo de parto o desprendimiento de placenta.
- f. Prepararla para parto vaginal o intervención quirúrgica si se requiere por compromiso fetal o alguna otra indicación. (28)

4.5. Contextualización geográfica

Quetzaltenango, es cabecera del departamento del mismo nombre, conocida también como Xelaju o Xela de la República de Guatemala, catalogada segunda ciudad en importancia en el país, El departamento tiene una extensión territorial de 1,915 kilómetros cuadrados, el clima es frío en el altiplano y caluroso y húmedo en la boca costa se encuentra ubicado a 2,333 metros sobre el nivel del mar. Se hablan idiomas: quiché, español y mam.

El Hospital Nacional de Quetzaltenango, “San Juan de Dios”, es el tercer hospital más grande e importante de Guatemala, ubicado en Labor San Isidro, zona 8 de esta ciudad, cuenta con gran afluencia de pacientes, ya que el mismo brinda a la población servicios de Pediatría, Cirugía, Medicina Interna, Traumatología, Anestesia y Radiología Ginecología, y Obstetricia,”. (29)

4.5.1 Departamento de ginecología y obstetricia.

Se subdivide en los departamentos de:

- a. Labor/parto está constituido por ser área verde y cuenta con 1 sala de admisión, 1 sala de trabajo de parto 1 sala de expulsión, 1 sala de transición y 1 unidad de cuidados críticos obstétricos (UCCO) de 4 camas, 1 sala de alto riesgo.
- b. Postparto está constituido por 1 sala de alto riesgo con 4 camas y 46 camas de postparto.
- c. Ginecología: 1 sala de plan canguro.

V. OBJETIVOS

5.1 General.

Efectuar la evaluación de los cuidados que brinda el personal de enfermería a pacientes con preeclampsia del servicio de labor/parto y post-parto del Hospital Nacional de Quetzaltenango.

5.2 Específicos.

- a. Caracterizar al personal de enfermería que brinda los cuidados en los servicios de labor/parto y postparto.
- b. Describir los cuidados que brinda el personal de enfermería a pacientes con preeclampsia.

VI. JUSTIFICACIÓN.

Es importante resaltar una maternidad saludable sabiendo que son de gran impacto las muertes maternas tanto a nivel social, político y familiar. La complicación más frecuente y que ocupan la segunda causa de morbilidad y mortalidad en Guatemala son los trastornos hipertensivos en el embarazo y que en la actualidad no se sabe el origen que la produce, puesto que cada complicación durante el embarazo, parto y puerperio tiene grandes repercusiones en la integridad de la madre llegando inclusive a provocarle hasta la muerte y en el recién nacido muerte fetal o bajo peso al nacer.

La preeclampsia materna en ocasiones no es identificada a tiempo por el personal de salud, por desconocimiento de factores de riesgo y de complicaciones de esta enfermedad, falta de actualización sobre esta patología, demanda de trabajo, deshumanización por parte del personal de enfermería en la aplicación de los cuidados, desconocimiento de los cuidados lo cual conlleva a una atención sin calidad ni calidez. Recordando que con una adecuada toma de la presión arterial, identificación de factores de riesgo, entrevista oportuna entre enfermería paciente y familia se pueden evitar complicaciones leves y mortales.

La enfermería se conjuga en ser disciplina, profesión y práctica social, cuya misión es el cuidado especializado del ser humano individual y colectivo de los cuales se brindan en diferentes momentos del proceso vital y en los contextos culturales específicos para alcanzar mejores condiciones de vida. (30)

El propósito de esta investigación efectuar los cuidados que brinda el personal de enfermería a pacientes con preeclampsia en el Hospital Nacional de Quetzaltenango. El estudio contribuirá a dejar información concreta sobre debilidades y fortalezas del personal de enfermería de los servicios de labor/parto y postparto y así realizar actualizaciones oportunas para el mejoramiento de la atención de calidad, calidez y humanismo. Ayudará a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna e infantil en el hospital, a nivel social bajarán las tasas de orfandad por dicha patología. Con

los cuidados oportunos del personal de enfermería se reduce días de estancia hospitalaria y por ende bajaran los costos de hospitalización a nivel de ministerio de salud.

VII. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

7.1 Tipo de Estudio.

Descriptivo, cuantitativo de corte transversal.

7.2 Sujetos de estudio.

El 100% del personal de enfermería que laboran en los servicio de labor/parto y postparto del Hospital Nacional Quetzaltenango

7.3 Contextualización geográfica y temporal.

7.3.1 Delimitación geográfica.

EL estudio se realizó en el Hospital Nacional Quetzaltenango, en el servicio de labor/parto se encuentra ubicado en el segundo nivel y en el tercer nivel se encuentra ubicado el servicio de postparto.

7.3.2 Delimitación temporal.

El trabajo de campo se realizó en el lapso de 4 semanas a partir del 12 de mayo al 9 Junio del 2015.

7.4 Definición de variables.

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Indicador | Escala de medición. | Ítems |
|---|---|---|--|---------------------|--------------------------|
| Características demográficas del personal de enfermería. | Atributos específicos de una persona que se distingue claramente de los demás. | A través de 1 cuestionario construido por el investigador con 21 preguntas de selección múltiple. | <ul style="list-style-type: none"> • Edad. • Nivel académico. • Servicio al que pertenece. • Tiempo de laborar en el servicio. • Actualizaciones sobre el tema. | Nominal. | Pregunta de la 1 a la 7 |
| Cuidados que brinda el personal de enfermería a pacientes con preeclampsia. | Acciones que realiza el personal de enfermería a pacientes embarazadas con 20 semanas de gestación y P/A de 140/90 y proteinuria. | ídem | <ul style="list-style-type: none"> • Reposo. • Ambiente. • Monitorización de signos vitales • Canalización. • Control de líquidos. • Cuidados de sonda foley | Nominal. | Pregunta de la 8 a la 12 |

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Indicador | Escala de medición. | Ítems |
|----------|-----------------------|------------------------|--|---------------------|----------------------------|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Peso. • Valorar los reflejos osteotendinoso. • Apoyo emocional. • Valorar el bienestar fetal. • Tratamiento de la preeclampsia. • Signos y síntomas de las complicaciones de la preeclampsia. • Anotación de los cuidados. | Nominal. | Pregunta de la 13 a la 21. |

VIII. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

8.1 Selección de los sujetos de estudio.

Es el personal de enfermería de los servicios de labor/parto y postparto del Hospital Nacional, Quetzaltenango.

8.1.1 Criterios de inclusión.

Personal de enfermería de los servicios de labor, parto y postparto.

- Licenciadas en enfermería.
- Enfermeras.
- Auxiliares de enfermería.

8.1.2 Criterios de exclusión.

Personal de enfermería que no quiso participar.

Personal de enfermería que estaba de vacaciones o suspendidos.

8.1.3 Universo de la población.

Se trabajó con el universo total de 3 licenciadas en enfermería, 5 enfermeras y 30 auxiliares de enfermería; de los servicios de labor/parto y post-parto.

8.1.4 Identificación de los sujetos a incluir en el universo del estudio.

Se entrevistó a la subdirectora de enfermería del Hospital Nacional, Quetzaltenango MGTR: Amarilis Tello, quien por medio del rol de turnos de los servicios de labor/parto y postparto se identificó el total del personal de enfermería que labora en los servicios ya mencionados y brindó la descripción de los servicios en estudio y el universo.

8.2 Recolección de datos.

Se realizó mediante el instrumento de medición de 21 preguntas cerradas dirigidas al personal de enfermería de los servicios de labor/parto y postparto del Hospital Nacional Quetzaltenango.

8.2.1 Métodos utilizados para la recolección de datos.

Se utilizó una encuesta dirigida al personal de enfermería que laboraban en los servicios de labor/parto y post-parto debido a que ellas poseen la información de interés para la realización de esta investigación, previo a llenar un consentimiento informado. La encuesta estaba constituida por 21 preguntas cerradas dividida en 2 secciones; la I sección constaba de las características personales de los sujetos de estudio. La II sección los cuidados que brinda el personal de enfermería a pacientes con preeclampsia

8.2.2 Validación de los instrumentos para recolectar datos.

La validación del instrumento de recolección de datos se realizó en 2 fases del cual se realizaron cambios en el instrumento.

La primera fase fue por medio de evaluación de 1 experta en el área hospitalaria realizada por la subdirectora de enfermería MGTR Amarilis Tello del Hospital Nacional, Quetzaltenango que consistió en la revisión del instrumento, la cual aportó cambios significativos en especial la redacción, el vocabulario que estuviera acorde a enfermería.

La segunda fase se llevó a cabo por medio de un plan piloto realizado en el Hospital Nacional de Mazatenango previa autorización de las autoridades en los servicios de labor/parto con 1 auxiliar de enfermería, 1 enfermera y en el servicio de post-parto 1 auxiliar de enfermería y 1 enfermera que consistió en el llenado de la boleta de recolección de datos.

IX. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

9.1 Descripción del proceso de digitación.

El procesamiento de los datos se efectuó por medio de una matriz de datos

9.1.1 Electrónica o manual.

Los datos obtenidos se procesaron electrónicamente en Microsoft Excel.

9.1.2 Uso de programas.

Se utilizó una matriz de datos la cual estaba comprendida en una hoja de cálculo la cual contenía columnas para los ítems y filas para las intersecciones.

9.1.3 Uso de Software.

Se utilizó el software Windows 2010.

9.2 Plan de análisis de datos.

Los datos que se obtuvieron luego de la recolección de datos se procesaron en una matriz de datos donde se codificaron, tabularon, se calcularon los resultados, luego se agrupo en tablas y se realizó el análisis respectivo.

9.3 Métodos estadísticos.

El método estadístico que se utilizó fue la distribución de frecuencias absolutas ya que es un conjunto de puntuaciones respecto a una variable ordenadas en sus respectivas categorías y se presentan en una tabla con porcentajes. (31)

9.4 Aspectos éticos.

Se solicitó en el Hospital Nacional, Quetzaltenango autorización para la realización de la investigación con el personal de enfermería de los servicios de labor/parto y post-parto haciendo énfasis que los resultados obtenidos se manejaron con total confidencialidad según llenado del consentimiento informado del cual se aplicó la justicia ya que no se hizo excepción de ninguna persona, el estudio que se realizó

traerá beneficios a los pacientes con diagnóstico de preeclampsia y al personal de enfermería para detectar deficiencias, los datos recabados se manejaron con total discreción y no se publicó el nombre, a cada participante se le entregó el consentimiento informado y decidieron que si aceptaban participar en el estudio.

X ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

CARACTERIZACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Tabla Núm. 1

| Rangos de edad. | Frecuencia | Porcentaje. |
|--|------------|-------------|
| 19 años a 29 años. | 20 | 53 % |
| 30 años a 39 años. | 15 | 40 % |
| 40 años a 49 años | 2 | 5 % |
| 50 años a 59 años. | 1 | 2 % |
| Total. | 38 | 100% |
| ¿Qué grado académico tiene? | Frecuencia | Porcentaje. |
| Licenciada en enfermería. | 3 | 8% |
| Enfermera profesional. | 5 | 13% |
| Auxiliar de enfermería. | 30 | 79% |
| Total. | 38 | 100% |
| ¿Servicio en el cual labora actualmente? | Frecuencia | Porcentaje. |
| Labor /parto | 22 | 58% |
| UCCO | 3 | 8% |
| Postparto. | 13 | 34% |
| Total. | 38 | 100% |
| ¿Cuánto tiempo lleva laborando en el servicio? | Frecuencia | Porcentaje. |
| Menor de 5 años. | 30 | 79% |
| 6 a 10 años. | 8 | 21% |
| Total | 38 | 100% |

FUENTE: Boleta de recolección de datos 2015

De las características del personal de enfermería está comprendido de la siguiente manera: el 93% de la población en estudio está comprendida en los rangos de edad

entre los 19 años a los 39 años es importante mencionar que el personal de enfermería es joven y solo el 7% está por arriba de los 40 años. El 79% está conformado por auxiliares de enfermería y se encuentra concentrada en el servicio de labor y parto con un 66%; haciendo referencia que 2 auxiliares de enfermería de post-parto rehusaron a participar en el estudio; el 21% del personal está conformado por licenciadas en enfermería y enfermeras profesionales; calculándose 1 enfermera por cada 4 auxiliares de enfermería. El tiempo que llevan laborando en los servicios de labor/parto y postparto, es menor a 5 años con un 79% mientras que el 21% es de 6 a 10 años. Es relevante mencionar que el personal que labora en los servicios de labor/parto y postparto reflejo que son de reciente ingreso o traslados de otro servicio.

¿Ha recibido actualizaciones sobre cuidados de enfermería en pacientes con Preeclampsia?

Tabla Núm. 1a.

| Respuesta. | Frecuencia. | Porcentaje. |
|---|--------------------|--------------------|
| No | 4 | 11% |
| Si | 34 | 89% |
| Total | 38 | 100% |
| ¿Hace cuánto tiempo recibió la última actualización? | Frecuencia. | Porcentaje. |
| 2 meses. | 6 | 16% |
| 6 meses. | 11 | 29% |
| 1 año | 14 | 37% |
| 2 años | 6 | 16% |
| Más de 3 años. | 1 | 2% |
| Total. | 38 | 100% |
| ¿Qué tema fue impartido en esa fecha. | Frecuencia | Porcentaje. |
| Relacionados a preeclampsia | 18 | 48% |
| No relacionados al tema. | 13 | 34% |
| No recuerda el tema | 7 | 18% |
| Total. | 38 | 100% |

FUENTE: Boleta de recolección de datos 2015.

Durante el tiempo que tiene el personal de Enfermería de laborar en estos servicios responden haber recibido actualizaciones sobre preeclampsia el 89% y el 11% responde que no. El 48% del personal responde haber recibido diversos temas sobre preeclampsia tales como: medicamentos antihipertensivos, cuidados de enfermería en pacientes con preeclampsia en un lapso de tiempo menor de 1 año con el 82% del personal de enfermería; pero existe incongruencia al preguntarles los temas de capacitación ya que el 34% de los temas impartidos no son relacionados a preeclampsia y en la boleta respondieron que si habían recibido actualizaciones sobre preeclampsia, el 18% no recuerda los temas.

Es evidente que la actualización al personal de enfermería no es permanente, es muy eventual y el contenido de los temas en un 52% no tiene relación con la preeclampsia esto genera riesgo en los cuidados que brinda enfermería.

EVALUACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA QUE SE BRINDAN A PACIENTES CON PREECLAMPSIA.

¿En qué posición coloca a la paciente con diagnóstico de preeclampsia?

Tabla Núm. 2

| Respuestas. | Frecuencia. | Porcentaje. |
|--------------------------------------|-------------|-------------|
| Posición decúbito lateral derecho. | 7 | 18% |
| Posición trendelemburgue | 4 | 11% |
| Posición decúbito lateral izquierdo. | 6 | 16% |
| Posición semifowler | 15 | 39% |
| No contesto. | 6 | 16% |
| Total. | 38 | 100% |

FUENTE: Boleta de recolección de datos 2015

El 16% del personal de enfermería respondió que la posición que debe colocarse a la paciente con diagnóstico de preeclampsia es decúbito lateral izquierdo lo cual es correcta, esta posición es importante para mejorar el riego uteroplacentario. Es relevante mencionar que el 68% del personal no sabe en qué posición se debería de colocar a las pacientes y el 16% no contesto.

Es primordial la posición en que se debe de colocar a la paciente con preeclampsia ya que esta contribuye a la reducción de la presión arterial, aumenta el flujo sanguíneo uterino (favorece el riego uteroplacentario), aumenta el flujo sanguíneo renal, movilización de líquido extravascular y reducción de catecolaminas endógenas, según las bibliografías consultadas. (32)

¿Cuál de los siguientes criterios se cumplen en la habitación donde aloja a la paciente?

Tabla Núm. 3

| Ambiente. | Frecuencia | Porcentaje. |
|--|-------------------|--------------------|
| Ambiente con luz | 1 | 3% |
| Ambiente tranquilo. | 4 | 10% |
| Ambiente tranquilo, con luz, tomas de oxígeno. | 30 | 79% |
| Ambiente con ruido, luz, tomas de oxígeno. | 2 | 5% |
| No contesto | 1 | 3% |
| Total. | 38 | 100% |

FUENTE: Boleta de recolección de datos 2015.

El 79% responde que alojan a la paciente en un ambiente tranquilo, con luz, tomas de oxígeno. Según la bibliografía es ideal mantener a la paciente con diagnóstico de preeclampsia en un ambiente tranquilo, cómodo, evitar los excesos de ruido, luz, con tomas de oxígeno y aspirador de flemas y así evitar en lo mínimo las crisis convulsivas ya que el sistema nervioso se encuentra sensible (25), (26).

El 10% responde solamente en un ambiente tranquilo. El 5% respondió que alojan a la paciente en un ambiente con ruido lo cual es la realidad de los servicios de salud aunque se quisiera mantener en un ambiente idóneo no es posible por el hacinamiento del servicio. El 3% (1) no contesto que ambiente es ideal.

Dado el hacinamiento que en muchas ocasiones se encuentran en los servicios, resulta difícil lograr un ambiente ideal para la paciente, sin embargo eso no significa que existan ruidos que puedan ser controlados, como el uso de radios, el tono de voz, entre otros.

¿Qué signos vitales controla a la paciente con preeclampsia?

Tabla Núm. 4.

| Respuestas. | L/P | % | Post-parto. | % | Total |
|---|------------|-------------|--------------------|-------------|--------------|
| Presión arterial, doppler, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura. | 3 | 12% | 1 | 8% | 4 |
| Presión arterial, contracciones uterinas, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura. | 0 | 00 | 1 | 8% | 1 |
| Presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura., saturación de oxígeno, frecuencia cardiaca fetal. | 11 | 44% | 9 | 69% | 20 |
| Presión arterial, doppler, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, contracciones uterinas, | 10 | 40% | 2 | 15% | 12 |
| No controlan S/V | 1 | 4% | 0 | 00 | 1 |
| Total | 25 | 100% | 13 | 100% | 38 |

FUENTE: Boleta de recolección de datos 2015

El 44% del personal de enfermería del servicio de labor/parto respondió correctamente que signos vitales se tienen que controlar a la paciente con preeclampsia, el 40% respondió incorrecto la pregunta, el 4% no controla s/v. Como dato adicional se menciona que el personal de enfermería que labora en este servicio refirió no tomar los signos vitales, argumentaron que contestarían la pregunta porque saben que signos deben ser controlados en la paciente con preeclampsia, pero la realidad es que ésta actividad la realizan los estudiantes de medicina. Sin embargo la mayoría de bibliografías consultadas refieren que estos cuidados son atribuidos a enfermería. (25) (26) (27).

El 69% del personal de enfermería del servicio de postparto respondió correctamente que signos vitales tienen que controlar y el 31% contestó incorrecto. Los signos vitales son parámetros que deben controlarse por rutina o especiales según la patología del paciente, ya que estos pueden anticipar el inicio de una complicación. Es relevante mencionar que el personal de enfermería que controla signos vitales sea competente, capaz de realizarlo.

¿Con qué número de angiocath canaliza a la paciente con preeclampsia y cuántas vías periféricas le colocan?

Tabla Núm. 5

| Respuesta. | Frecuencia. | Porcentaje. |
|---|--------------------|--------------------|
| Angiocath No 24 o 26 y 1 vía periférica. | 1 | 3% |
| Angiocath no. 16 o 18 | 7 | 18% |
| Angiocath No. 16 o 18 y 2 vías periféricas. | 28 | 74% |
| No contesto | 2 | 5% |
| Total. | 38 | 100% |

FUENTE: Boleta de recolección de datos 2015.

El 74% del personal de enfermería respondió correctamente que a la paciente con diagnóstico de preeclampsia se canaliza con angiocath 16 o 18 y se le colocan 2 vías periféricas, mientras que 18% tenía a la mitad la respuesta correcta el 5% no contesto la pregunta esto es un riesgo ya que el no saber con qué Núm. de angiocath se canaliza y cuantas vías se deben de colocar retrasan la atención.

Es primordial que el personal de enfermería realice este cuidado adecuadamente y así hacer la diferencia entre la vida y la muerte de las pacientes con preeclampsia. Sabiendo que este cuidado está indicado en caso de complicaciones ya que se tiene 2 vías periféricas para el control de hipovolemias, si llegaran a necesitar de transfusiones sanguíneas y de líquidos intravenosos previniendo futuras complicaciones según las bibliografías consultadas (25), (26), (22), (27) y el protocolo del Hospital Nacional, Quetzaltenango.

¿Cuáles son los cuidados de enfermería que le brinda a la pacientes con sonda foley?

Tabla Núm. 6

| Respuestas. | | T | % |
|--|--------------|----------|----------|
| Verifica la permeabilidad de la sonda foley. | Si | 34 | 89% |
| | No | 04 | 11% |
| | Total | 38 | 100% |
| Vigila que la sonda foley este bien fijada. | Si | 32 | 84% |
| | No | 6 | 16% |
| | Total | 38 | 100% |
| Evita levantar la bolsa recolectora de orina a una altura mayor de la rodilla. | Si | 24 | 63% |
| | No | 14 | 37% |
| | Total | 38 | 100% |
| Vigila que la sonda se cambie cada 7 días. | Si | 11 | 29% |
| | No | 27 | 71% |
| | Total | 38 | 100% |
| Realiza aseo perineal cada 24 horas. | Si | 19 | 50% |
| | No | 19 | 50% |
| | Total | 38 | 100% |

FUENTE: Boleta de recolección de datos 2015.

Todos estos son los cuidados que se le deben de brindar a la pacientes con sonda foley sin embargo los resultados fueron los siguientes: el 89% verificar la permeabilidad de la sonda foley, 11% no lo realiza. 84% vigila que la sonda este bien fijada, el 16% no lo realiza. 63% evita levantar la bolsa recolectora de orina a una altura mayor de la rodilla, 37% no lo evita. 29% responde que vigila que la sonda se cambie cada 7 días, 71% no lo vigila. 50% realiza aseo perineal, 50 no realiza. Ningún criterio es cumplido al 100%. Se esperaba que todas las respuestas fueran si, garantizando los cuidados de enfermería

El cuadro anterior muestra los cuidados que debe realizar el personal de enfermería a la paciente con sonda foley ya que estos son primordiales para el control estricto de la excreta en quienes reciben tratamiento con sulfato de magnesio, en donde se debe vigilar que la paciente tenga una excreta mayor de 0.5cc/kg/hora ya que menor a esta puede provocar intoxicación por el medicamento.

Es importante retroalimentar la necesidad de brindar cuidados integrales a la paciente que por su diagnóstico tiene una sonda foley, esto con el propósito de evitar complicaciones asociadas a la permanencia y manejo de la misma.

¿En qué momento pesa usted a la paciente con diagnóstico de preeclampsia?

Tabla Núm. 7

| Respuesta. | Frecuencia | Porcentaje. |
|--------------------------------------|-------------------|--------------------|
| Al ingreso. | 21 | 55% |
| Diario a la misma hora | 1 | 3% |
| Al ingreso y diario a la misma hora. | 16 | 42% |
| Total. | 38 | 100% |

FUENTE: Boleta de recolección de datos 2015

El 42 % del personal de enfermería respondió correctamente que pesa a la paciente con preeclampsia al ingreso y diario a la misma hora; según la literatura se debe pesar al ingreso y después cada 24 horas (19). Este registro es importante para llevar un control adecuado y evitar retención de líquidos y el aumento de edema, ya que esto reduce el riesgo tisular y aumenta la presión arterial.

El 55% pesan a la paciente con preeclampsia solamente el ingreso. Es relevante mencionar que en el protocolo de labor/parto y postparto del hospital dentro de los cuidados menciona que se debe pesar a la paciente solamente al ingreso y esto se reflejó en los resultados.

¿Cuándo administra sulfato de magnesio tiene el cuidado de vigilar a la paciente ante la presencia de cualquier signo de toxicidad por el medicamento?

Tabla Núm. 8

| Respuestas | Si | % de Si | No | % de No | T | Total % |
|-------------------------------------|-----------|----------------|-----------|----------------|----------|----------------|
| Verifica el reflejo osteotendinoso. | 12 | 32% | 26 | 68% | 38 | 100% |
| Nauseas. | 22 | 58% | 16 | 42% | 38 | 100% |
| Sensación de calor generalizado. | 31 | 82% | 7 | 18% | 38 | 100% |
| Fiebre | 20 | 53% | 18 | 47% | 38 | 100% |
| Sed | 14 | 37% | 24 | 63% | 38 | 100% |
| Sudoración | 34 | 89% | 4 | 11% | 38 | 100% |
| Hipotensión. | 24 | 63% | 14 | 37% | 38 | 100% |
| Flacidez | 16 | 42% | 22 | 58% | 38 | 100% |
| Vómitos | 25 | 66% | 13 | 34% | 38 | 100% |
| Rubor | 14 | 37% | 24 | 63% | 38 | 100% |
| Debilidad muscular | 15 | 39% | 23 | 61% | 38 | 100% |
| Dolor de espalda. | 7 | 18% | 31 | 82% | 38 | 100% |
| Depresión del sistema nervioso | 9 | 24% | 29 | 76% | 38 | 100% |
| Hipocalcemia | 7 | 18% | 31 | 82% | 38 | 100% |
| Parálisis respiratoria. | 18 | 47% | 20 | 53% | 38 | 100% |
| Paro cardio-respiratorio. | 17 | 45% | 21 | 55% | 38 | 100% |

FUENTE: Boleta de recolección de datos 2015.

El 89% del personal de enfermería responde la sudoración, el 82% sensación de calor generalizado, el 63% hipotensión, 66% vómitos, 58% nauseas, 42% flacidez, el 37% rubor y sed, el 32% verifica el reflejo osteotendinoso, el 53% responde que la fiebre este no es signo de toxicidad. El personal de enfermería identifica los signos de intoxicación tempranos por este fármaco.

Los signos de intoxicación por sulfato de magnesio se dividen en signos tempranos que son: disminución del reflejo osteotendinoso, náuseas, sensación de calor generalizado, sed, sudoración, hipotensión, flacidez, vómitos, rubor. Y los signos tardíos se encuentran debilidad muscular, depresión del sistema nervioso, hipocalcemia, parálisis respiratoria, paro-cardiorespiratorio.

El medicamento más usual es el sulfato de magnesio y en los resultados no se evidencia que el personal reconozca al 100% los signos de toxicidad, esto es riesgo para las pacientes con tratamiento de este fármaco ya que si no se identifican los signos premonitorios de intoxicación puede provocar la muerte de la madre y complicaciones fetales.

¿Cada cuánto tiempo realiza control de ingesta y excreta?

Tabla Núm. 9

| Respuesta. | Frecuencia. | Porcentaje. |
|-------------------------------|-------------|-------------|
| Cada hora. | 34 | 89% |
| Cuando el médico lo solicita. | 3 | 8% |
| No contestó. | 1 | 3% |
| Total general | 38 | 100% |

FUENTE: Boleta de recolección de datos 2015.

El personal de enfermería respondió en un 89% que llevan control de ingesta y excreta a cada hora. Mientras que el 8% lo realiza cuando el médico lo solicita y el 3% no contestó cuando se debe de controlar, esto es un riesgo para las pacientes ya que con el control se determina si la paciente está excretando adecuadamente o reteniendo líquidos.

Es primordial en las pacientes con diagnóstico de preeclampsia se controle la ingesta y excreta para prevenir la anuria según las bibliografías consultadas se tiene que tener una producción de orina de 0.5cc/k/hora (21). Cuando hay tratamiento con sulfato de magnesio, hidralazina y furosemida deben de llevar un control estricto para evitar toxicidad por fármacos o la no aplicación del mismo ya que puede ocasionar daño renal por una baja excreta.

Este cuidado se considera como un cuidado propio de enfermería, por lo tanto puede ser independiente de las indicaciones médicas y derivado del juicio crítico del personal de enfermería para la prevención temprana de complicaciones.

¿Usted brinda apoyo emocional?

Tabla Núm. 10

| Respuesta. | Frecuencia. | Porcentaje. | | |
|-------------------------------------|-------------|-------------|----|-----|
| Si | 38 | 100% | | |
| No | 00 | 00% | | |
| Total | 38 | 100% | | |
| ¿A quién le brinda apoyo emocional? | | | | |
| Respuesta. | Si | % | No | % |
| Paciente | 38 | 100% | 0 | 0% |
| Esposó. Familia. | 22 | 58% | 16 | 42% |

FUENTE: Boleta de recolección de datos 2015.

El 100% del personal de enfermería respondió que si brinda apoyo emocional. Al preguntar a quien le brinda apoyo emocional el 100% respondió a la paciente, y el 58% al esposo y familia mientras el 42% no brinda apoyo a la familia y esposo.

Es primordial ayudar a la paciente y familia en el proceso de la enfermedad y orientarlos sobre los cuidados que recibirá durante la hospitalización para disminuir el stress y brindar tranquilidad.

Sin embargo aunque la familia no ingrese al servicio, cualquier oportunidad de acercarse a la familia se debe aprovechar para mitigar la incertidumbre y el temor de la familia sobre el estado de salud de la paciente y el bebé, además de promover un enlace entre la familia y la paciente, a través de la comunicación.

¿Qué valoración realiza usted para conservar el bienestar fetal?

Tabla Núm. 11

| Respuesta. | Frecuencia. | Porcentaje. |
|---|-------------|-------------|
| Controlar frecuencia cardiaca fetal. | 4 | 10% |
| Reportar al obstetra cualquier anormalidad. | 6 | 16% |
| Controlar frecuencia cardiaca fetal. Vigilar la actividad uterina Reportar al obstetra cualquier anormalidad. Valorar si existen signos de trabajo de parto o desprendimiento de placenta. | 28 | 74% |
| Total. | 38 | 100% |

FUENTE: Boleta de recolección de datos 2015.

El 74% del personal de enfermería respondió correctamente, mientras que el 6% únicamente reportan al obstetra y el 10% controla la frecuencia cardiaca fetal.

La valoración adecuada del bienestar fetal comprende: controlar frecuencia cardiaca fetal, vigilar la actividad uterina, reportar al obstetra cualquier anormalidad, valorar si existen signos de trabajo de parto o desprendimiento de placenta.

Es importante el bienestar fetal ya que si no se lleva un buen control se puede presentar complicación fetal, es relevante que el personal de enfermería tenga estricto cuidado si se presenta alguna complicación y cuando se utiliza medicamentos de primera elección como el sulfato de magnesio que dentro de sus efectos adversos presenta disminución de la frecuencia cardiaca fetal e hipotonía; (22) muchas de las muertes fetales son por la disminución del riego uteroplacentario por el aumento de la presión arterial. Es aquí donde el personal de enfermería tiene que brindar cuidado de calidad en la atención y evitar poner en riesgo la vida del binomio madre-hijo.

¿Qué cuidados o precauciones toma en cuenta al administrar los medicamentos utilizados para tratar la preeclampsia?

Tabla Núm. 12.

| Mx | Respuestas | Si | % de Si | No | % de No | T | % |
|-----------------------------|--|-----------|----------------|-----------|----------------|----------|----------|
| Sulfato de Magnesio | Controla la ingesta y excreta de líquidos. | 38 | 100% | 0 | 0% | 38 | 100% |
| | Controla los signos vitales cada 5-15 minutos durante 30 a 60 minutos. | 23 | 61% | 15 | 39% | 38 | 100% |
| | Controla los reflejos cada hora. | 17 | 45% | 21 | 55% | 38 | 100% |
| | Cuenta con antídoto (gluconato de calcio) en caso de intoxicación. | 30 | 78% | 8 | 21% | 38 | 100% |
| | Se encuentra equipado y listo carro de urgencias | 37 | 97% | 1 | 3% | 38 | 100% |
| Clorhidrato de Hidralazina. | Controla la presión arterial cada 2-3 minutos durante 30 minutos | 25 | 66% | 13 | 34% | 38 | 100% |
| | Controla de manera continua la frecuencia cardiaca fetal. | 25 | 66% | 13 | 34% | 38 | 100% |
| | Controla la ingesta y excreta de líquidos. | 27 | 71% | 11 | 29% | 38 | 100% |
| Alfa-Metildopa | Controla a la paciente cuando está ambulando por si experimenta hipotensión postural. | 22 | 58% | 16 | 42% | 38 | 100% |
| | Controla la frecuencia cardiaca fetal. | 22 | 58% | 16 | 42% | 38 | 100% |
| Nifedipina. | Controla la presión arterial cada 2-3 minutos por 30 minutos durante el tratamiento agudo. | 16 | 42% | 22 | 58% | 38 | 100% |
| | Controla la presión arterial antes de cada dosis durante e l tratamiento de sostén. | 30 | 78% | 8 | 21% | 38 | 100% |
| Furosemida | Controla de manera estricta la ingesta y excreta de líquidos. | 32 | 84% | 6 | 16% | 38 | 100% |
| | Controla el estado pulmonar. | 9 | 24% | 29 | 76% | 38 | 100% |
| | Informa al médico por cambios en la paciente. | 34 | 89% | 4 | 11% | 38 | 100% |

FUENTE: Boleta de recolección de datos 2015

El 100% del personal de enfermería respondió que controla la ingesta y excreta durante el tratamiento con sulfato de magnesio, el 97% respondió que tiene listo el

carro de urgencias por cualquier complicación que se presente, el 78% contestó que se cuenta con el antídoto (gluconato de calcio) en caso de toxicidad, mientras que el 21% no contestó; esto es un riesgo para las pacientes ya que si el personal no conoce el antídoto o no cuenta con el, pueden haber consecuencia mortales, el 45% controla los reflejos cada hora mientras que el 55% no lo realiza según las bibliografías consultadas (33) es función de enfermería controlar los reflejos puesto que es el primer signo precoz de intoxicación por el sulfato. Es importante llevar un control estricto durante la administración del sulfato de magnesio ya que es el principal medicamento utilizado en preeclampsia el cual tiene efectos de intoxicación por lo que puede provocarle la muerte a la paciente si no se toman precauciones durante la administración.

El 66% del personal de enfermería controla los signos vitales y la frecuencia cardiaca fetal cuando administra Hidralazina la finalidad de controlar estos 2 aspectos es conservar la P/A diastólica entre 90 a 100mm/Hg ya que la hipotensión podría disminuir el riego uteroplacentario, el 71% del personal responde que controla la ingesta y excreta; mientras que el 34% no realiza estos cuidados.

El 58% del personal de enfermería controla a la paciente cuando está ambulando por si experimenta hipotensión postural y el 58% controla la frecuencia cardiaca fetal, llama la atención que del universo en estudio (38), 42% (16) personas no realizan estos cuidados podría ser porque es el fármaco no se utiliza con frecuencia; y las que si realizan estos cuidados es el personal que se encuentra en las áreas de alto riesgo y la unidad de cuidados críticos obstétricos (UCCO) donde se utiliza.

El 42% del personal de enfermería controla la presión arterial cada 2-3 minutos por 30 minutos durante el tratamiento agudo con nifedipina, y el 78% controla la presión arterial antes de cada dosis.

Furosemida el 84% controla de manera estricta la ingesta y excreta de líquidos, el 89% informa al médico por cambios en la paciente y el 24% controla el estado pulmonar contra un 76% no controla el estado pulmonar.

Es relevante mencionar que se refleja en un 58% que el personal de enfermería no controla signos vitales. Los cuales son esenciales para la identificación de complicaciones en las pacientes.

¿Identifique con una X cuáles son los signos y síntomas de las complicaciones de la preeclampsia?

Tabla Núm. 13

| Respuestas. | Si | % de Si | No | % de No | Total | Total % |
|--------------------------------|-----------|----------------|-----------|----------------|--------------|----------------|
| Cefalea. | 34 | 89% | 4 | 11% | 38 | 100% |
| Náuseas y vómitos | 28 | 74 | 10 | 26% | 38 | 100% |
| Dolor de brazos y piernas. | 12 | 32% | 26 | 68% | 38 | 100% |
| Dolor epigástrico. | 23 | 61% | 15 | 39% | 38 | 100% |
| Mareos. | 23 | 61% | 15 | 39% | 38 | 100% |
| Tinnitus. | 3 | 8% | 35 | 92% | 38 | 100% |
| Irritabilidad. | 14 | 37% | 24 | 63% | 38 | 100% |
| Estupor. | 4 | 11% | 34 | 89% | 38 | 100% |
| Fiebre | 12 | 32% | 26 | 68% | 38 | 100% |
| Cambios mentales transitorios. | 16 | 42% | 22 | 58% | 38 | 100% |
| Edemas patológicos. | 23 | 61% | 15 | 39% | 38 | 100% |
| Trabajo de parto | 15 | 39% | 23 | 61% | 38 | 100% |
| Visión borrosa. | 32 | 84% | 6 | 16% | 38 | 100% |

FUENTE: Boleta de recolección de datos 2015.

Respecto a los síntomas y signos de las complicaciones el 89% del personal de enfermería identifica a la cefalea, el 84% responde visión borrosa, el 74% náuseas y vómitos y con un 61% dolor epigástrico, mareos y edemas patológicos. Significa que

el personal de enfermería no identifica claramente los signos y síntomas de las complicaciones en las pacientes con preeclampsia ya que según los autores consultados (18), (19) estos son los principales. Es importante mencionar que el 5% del personal responde que el dolor de brazos y piernas lo cual es incorrecto.

Los principales signos y síntomas de las complicaciones de preeclampsia son: cefalea, náuseas y vómitos, dolor epigástrico, mareos, tinnitus, irritabilidad, estupor, cambios mentales transitorios, edemas patológicos, visión borrosa. Esto es relevante ya que es enfermería quien mantiene una relación continua con la paciente y si no identifica los signos premonitorios se corre el riesgo de complicaciones maternas y fetales.

¿Identifique cuáles son las complicaciones de la preeclampsia que usted continuamente monitorea en una paciente con esta patología?

Tabla Núm. 14

| Respuestas | Si | % de Si | No | % de No | fa | % |
|--|-----------|----------------|-----------|----------------|-----------|----------|
| Edema pulmonar | 17 | 45% | 21 | 55% | 38 | 100% |
| Falla respiratoria. | 23 | 61% | 15 | 39% | 38 | 100% |
| Neumonía. | 10 | 26% | 28 | 74% | 38 | 100% |
| Desprendimiento prematuro de placenta. | 23 | 61% | 15 | 39% | 38 | 100% |
| Coagulación intravascular diseminada. | 7 | 18% | 31 | 82% | 38 | 100% |
| Insuficiencia hepática o renal. | 17 | 45% | 21 | 55% | 38 | 100% |
| Insuficiencia física. | 7 | 18% | 31 | 82% | 38 | 100% |
| Hematomas o ruptura hepática. | 9 | 24% | 29 | 76% | 38 | 100% |
| Enfermedad cerebro vascular. | 20 | 53% | 18 | 47% | 38 | 100% |
| Ceguera cortical. | 10 | 26% | 28 | 74% | 38 | 100% |
| Desprendimiento de retina. | 4 | 11% | 34 | 89% | 38 | 100% |
| Síndrome epiléptico. | 15 | 39% | 23 | 61% | 38 | 100% |
| Crisis convulsiva eclámptica. | 29 | 76% | 9 | 24% | 38 | 100% |
| Falla orgánica múltiple. | 10 | 26% | 28 | 74% | 38 | 100% |

FUENTE: Boleta de recolección de datos 2015.

Las complicaciones que el personal de enfermería monitorea son: 8% responde edema pulmonar el 11% desprendimiento prematuro de placenta, el 4% coagulación vascular diseminada, el 5% ceguera cortical, el 2% desprendimiento de retina. El 53% de las respuestas son complicaciones en eclampsia y síndrome de HELLP; mientras que el 16% responde de forma incorrecta ya que la neumonía, insuficiencia física y síndrome epiléptico no corresponde y el 1% no contesto esta pregunta. Es relevante mencionar que el personal no tiene identificado las principales complicaciones en la preeclampsia.

Las complicaciones de la preeclampsia son: edema pulmonar, desprendimiento prematuro de placenta, coagulación intravascular diseminada, desprendimiento de retina y ceguera cortical, el resto que se mencionan en el cuadro son complicaciones en eclampsia y síndrome de HELLP.

¿Los cuidados que usted brinda a la paciente con preeclampsia dónde los anota?

Tabla Núm. 15

| Respuestas. | Frecuencia. | % |
|---|--------------------|-------------|
| Hoja de signos vitales. Hoja de control de ingesta y excreta. Hoja de control de medicamentos. Hoja de nota de enfermería. | 12 | 32% |
| Hoja de signos vitales. Hoja de control de ingesta y excreta. Nota de enfermería. | 3 | 8% |
| Hoja de signos vitales Nota de enfermería. | 2 | 5% |
| Hoja de control de ingesta y excreta. Hoja de control de medicamentos. Nota de enfermería. | 3 | 7% |
| Hoja de control de ingesta y excreta. Nota de enfermería. | 1 | 3% |
| Nota de enfermería. | 16 | 42% |
| No contesto. | 1 | 3% |
| Total | 38 | 100% |

FUENTE: Boleta de recolección de datos 2015.

El 42% del personal de enfermería respondió que solamente en la nota de enfermería registra los cuidados que le brindan a las pacientes con preeclampsia, mientras que 32% responde correctamente, el 22% del personal evidencia la poca importancia de no realizar el registro adecuadamente ya que tendrían que haber seleccionado todas las respuestas y el 3% no sabe dónde registrar los cuidados.

Es importante anotar los registros de enfermería para evidenciar los cuidados que se le realizan a las pacientes con preeclampsia de manera clara, oportuna y detallada por cualquier caso médico legal que se pueden suscitar y darle continuidad a los cuidados de enfermería y tratamiento para la pronta recuperación de la paciente.

XI. CONCLUSIONES

- Con relación a la caracterización del personal de enfermería de los servicios de labor/parto y postparto se llegó a la conclusión que el 93% de la población estudiada estaba comprendida en el rango de 19 a 40 años y el 79% del personal tiene menos de 5 años de estar laborando en el servicio. El servicio con mayor número de personal de enfermería con un 66% es labor/parto dividió en 6 salas. Y el 79% del personal son auxiliares de enfermería comparada con un 21% enfermeras y licenciadas en enfermería. El 48% del personal de enfermería refirió haber tenido temas de capacitación, mientras que 52% contesto que ha recibido actualizaciones pero no relacionadas a preeclampsia o no recordó el tema.

Sobre la evaluación de los cuidados que el personal brinda a las pacientes con preeclampsia se concluye en lo siguiente:

- Solo el 16% del personal coloca en posición decúbito lateral derecho a la paciente y el 84% del personal de enfermería no sabe en qué posición se debe de colocar a la paciente. El 79% procuran un ambiente idóneo, con luz y oxígeno. El 50% indica que controlan la presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno, frecuencia cardiaca, sin embargo refieren que son los estudiantes de medicina quienes llevan a cabo estas actividades. El 50% del personal de enfermería no identifica cuáles son los signos vitales que se deben de controlar a las pacientes con preeclampsia.
- El 74% del personal canaliza a la paciente con 2 vías periféricas utilizando para ello angiocath Núm. 16 ó 18. En cuanto a los cuidados de la sonda foley el 89% verifica únicamente la permeabilidad de la sonda, dejando atrás otros cuidados importantes como fijación, altura, cambio, aseo.
- Solo el 42% pesa a la paciente durante su ingreso y diario a la misma hora. El 55% del personal de enfermería no sabe en qué momento debe pesar a la paciente. Respecto a la vigilancia por signos de toxicidad, el personal de

enfermería en 12% vigila a la paciente por sudoración, los signos menos observados son: el dolor de espalda, hipocalcemia en los resultados de laboratorio con un 7% respectivamente. El personal de enfermería tiene déficit en la identificación de signos y síntomas por intoxicación por sulfato de magnesio, además no identifica claramente los signos y síntomas de la preeclampsia.

- El 89% del personal de enfermería realiza el control de ingesta y excreta cada hora. 100% del personal de enfermería brinda apoyo emocional. 74% realizan una valoración integral del bienestar fetal. Con relación a las precauciones al administrar medicamentos en la preeclampsia el personal controla la ingesta y excreta, cuenta con el antídoto para el sulfato de magnesio, mantienen el carro de urgencias en el servicio, controlan la presión arterial y frecuencia cardiaca fetal, vigilan la hipotensión postural e informa al médico al detectar alteraciones.
- Hay deficiencia en la identificación de complicaciones en la preeclampsia solamente el 30% de respuestas son correctas contra un 53% son complicaciones de la eclampsia y síndrome de HELLP. Los signos y síntomas detectados en las complicaciones de la preeclampsia están: la cefalea con 14% y el menos identificado fue el tinnitus con el 1%. Finalmente solo el 32% del personal anota correctamente los cuidados en todas las hojas que le corresponden a enfermería, el 42% solo registra los cuidados en la nota de enfermería.

XII. RECOMENDACIONES

- El estudio reflejó que el personal de enfermería no ha recibido capacitaciones sobre el tema de preeclampsia, se recomienda a las autoridades del departamento de enfermería que actualice al personal según las necesidades del servicio recordando la alta incidencia de esta patología y las tasas de mortalidad materna a nivel nacional.
- También reflejó que el personal no sabe en qué posición se debe de colocar a la paciente, no identifican que signos vitales deben controlar, no pesan al paciente adecuadamente, no identifican complicaciones por lo que se recomienda la socialización de los resultados a las autoridades del hospital, jefas de enfermería de los servicios de labor/parto y postparto en conjunto con el personal auxiliar de enfermería y así realizar acciones oportunas para mejorar la atención a las pacientes y disminuir en lo mínimo las complicaciones de la preeclampsia.
- El Hospital Nacional, Quetzaltenango cuenta con protocolos de atención de enfermería en manejo de pacientes con preeclampsia; se recomienda revisar y actualizar los cuidados que debe brindar el personal de enfermería detalladamente y socializarlo en los servicios de labor/parto y post/parto. para mejorar la calidad de atención a las usuarias.
- Entre las atribuciones que le corresponden al personal de enfermería está el control de signos vitales según el protocolo del Hospital Nacional de Quetzaltenango y varias bibliografías consultadas; por lo que se recomienda que se lleve un control estricto de signos vitales por parte enfermería.
- Orientar al personal sobre la importancia de documentar y donde debe anotar los cuidados que brinda a las pacientes con preeclampsia de una forma veraz, clara, y oportuna. Por lo que se recomienda al personal de enfermería evidenciar todos los cuidados que se realicen y así evitar cualquier situación legal, además permitir con ello el cuidado continuo de enfermería.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. **OMS.** Organización Mundial de la Salud. [En línea] Mayo de 2014. [Citado el: 12 de Enero de 2015.] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.
2. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.** mispas.gob.gt/. mispas.gob.gt/. [En línea] Junio de 2013. [Citado el: 29 de Enero de 2014.] <http://mispas.gob.gt/libreacceso/images/stories/datos/2013/POA%202013/POA%202013%20MSPAS%20.pdf>.
3. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.** Secretaría de Planificación y programación de la presidencia SEGEPLAN. Secretaría de Planificación y programación de la presidencia SEGEPLAN. [En línea] 2014. [Citado el: 5 de Enero de 2015.] <http://www.segeplan.gob.gt/downloads/PDSP/InfPD2014.pdf>.
4. **Martha Satian, Ximena Torres.** Incidencia de los trastornos hipertensivos en el embarazo y la calidad de atención proporcionada por el personal de enfermería. . [Documento] Tulcan, Ecuador. : Ibarra, Ibarra, 2007.
5. **Reveron., Jennis.** Propuesta de un Protocolo de Enfermería para el manejo de gestantes con Trastornos Hipertensivos del embarazo. [Documento en PDF] Caracas, Venezuela. : s.n., 2006.
6. **Gonzales., Mary Luz.** Satisfacción del cuidado de enfermería a pacientes con preeclampsia. [Documento en PDF] Bogota , Colombia. : s.n., 2014.
7. **Natali Damelis Bolivar, Deyanira Perna Ojeda.** Portales médicos. Portales médicos. [En línea] Universidad de Carabobo, extensión Aragua., 2011. [Citado el: 20 de Febrero de 2015.] www.portalesmédicos.com/.../Cuidados-de-enfermería-a-gestantes-con-prcdigital.uv.mx/bitstream/123456789/30063/1AnabelVilledaCastillo.pdf.
8. **Ballardo Mendoza, Gónzales Heras y otros.** Revista Electronica Cuatrimestral de Enfermería. Revista Electronica Cuatrimestral de Enfermeria. [En línea] 14 de Octubre de 2008. [Citado el: 10 de Enero de 2015.] <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/35861/34381>. ISSN1695-6141.
9. **Maria, Flores Hernández.** Conocimientos, prácticas del personal de enfermería en el manejo del síndrome hipertensivo gestacional. [Documento en PDF] Managua,

Nicaragua. : s.n., Febrero 2011. Conocimientos, practicas del personal de enfermeria en el manejo del sindrome hipertensivo gestacional.

10. **Tomey, Ann Marriner.** Modelos y teorías de enfermería. Modelos y teorías de enfermería. 5 edición. Madrid España : s.n., 2003, 9, págs. 85, 115.

11. **CENADOJ.** Ley de regulación del ejercicio de enfermería. [Documento en PDF] Guatemala. : CENADOJ, 2007.

12. **Monzón, Celia de los Angeles Gomez.** Conocimientos y prácticas del personal de enfermería acerca de los cuidados de cateter venoso centra. [Documento en Pdf] Guatemala. : Universidad San Carlos de Guatemala., 2011.

13. **Tomey, Ann Marriner.** Modelos y teorías de enfermería. Modelos y teorías de enfermería. Madrid España. : s.n., 2003, págs. 285,286.

14. **Amaya., Laura Efigenia Acero.** Teorías de enfermería. Teorías de enfemería. [En línea] 3 de Junio de 2013. [Citado el: 15 de Febrero de 2015.] <http://teoriasenfermeras.blogspot.com/2013/06/teoria-bioetica-sinfonologica.html>.

15. **Susan Mattson, Judy Smith.** Enfermería Materno infantil. Enfermería Materno infantil. 2da Edición. Mexico : Mc Graw Hill, 2001, pág. 448.

16. **Eduardo., Malvino.** Obstetricia Clínica. México : www.obstetriciacritica.com.ar/doc/Historia_Preeclampsia.pdf, 2008.

17. **Susan Mattson, Judy Smith.** Enfermería Materno infantil. 2 Edicion. México. : Mc Graw Hill, 2001. pág. 441. ISBN 970-10-3437-6.

18. Diagnostico y tratamiento de preeclampsia y eclampsia. **Leis Marquez, Rodrigo Boch, Garcia Lopez.** México. : 3, Actualizado 2012, Vol. 78.

19. **Reeder, Martin, Koniak.** Enfermería Materno infantil. Enfermería Materno infantil. México. : 17 Edición, pág. 826.

20. **Valverde., José Alberto.** Obstetricia Preeclampsia. [Documento de Pdf] Costa Rica. : Revista médica de Costa Rica Centroamérica., 2012.

21. **Mora Valverde., José Alberto.** www.binasss.sa.cr/revistasrmcc602art6.pdf. [En línea] 2012. [Citado el: 14 de marzo de 2014.]

22. **Susan Mattson, Judy Smith.** Enfermería Materno infantil. Enfermería Materno infantil. 2. México : Mc Graw Hill., 2001, págs. 453,454,.

23. **Luis Alberto Villanueva Egan, Susana Patricia Collado Peña.** www.medigrafic.com. www.medigrafic.com. [En línea] 2 de Marzo de 2007. [Citado el: 6 de Abril de 2014.]
24. **Parreño, Irene Cecilia Chapalbay.** Principales complicaciones de preeclampsia. [Documento de la escuela de medicina.] Ecuador. : s.n., 2010.
25. **Alejandro Rodriguez Donado, Diana Martinez.** Guía de manejo del síndrome hipertensivo del embarazo. [Documento] Bogota Colombia. : Secretaría de Salud Alcaldía Mayor., Diciembre 2009.
26. **José Rojas, César Mendivil.** Grijco ALSO Protocolo de atención de manejo de preeclampsia. [En línea] Diciembre. de 2009. [Citado el: 16 de Enero de 2015.]
27. **Reeder, Martin, Koniak.** Enfermería Materno Infantil. México. : Mc Graw Hill, VII, págs. 837,838,839.
28. —. Enfermería Materno Infantil. Enfermería Materno Infantil. Diecisiete. México : Mc Graw Hill, Unidad VII, págs. 840,841.
29. **Caniz., Marvin Estuardo.** Hallazgos Radiológicos en pacientes con VIH-SIDA. Quetzaltenango, Guatemala. : s.n., 2014.
30. **Ana Reynoso de Caceres, Carmen Rodríguez.** Enfermería Materno Infantil. Guatemala. : PROFASR, 2008.
31. **Sampieri, Roberto Hernández.** Metodología de la investigación. 6a Edición. México : Mc Graw Hill, 2014, 10, pág. 282.
32. **Reeder, Martin, Koniak.** Enfermería Materno Infantil. Diecisiete. México : Mc Graw Hill, Unidad VII, págs. 840,841.
33. —. Enfermería Maternoinfantil. Enfermería Maternoinfantil. México. : Mc Graw Hill, VII, págs. 837,838,839.

XIV. ANEXOS

No. _____

EVALUACION DE LOS CUIDADOS QUE BRINDA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON PREECLAMPSIA.

Introducción: La presente encuesta tiene como objetivo determinar los cuidados que brinda el personal de enfermería a pacientes con preeclampsia en los servicios de labor/parto y postparto y es parte del trabajo de graduación para optar al grado académico de Licenciada en Enfermería de la Universidad Rafael Landívar.

Instrucciones:

A continuación se le presenta una serie de preguntas lea cuidadosamente antes de contestar.

- Subraye la respuesta que crea usted sea la correcta.
- Si tiene alguna pregunta avóquese a la encuestadora.

SECCION I

CARACTERÍSTICAS PERSONALES.

1. ¿Cuántos años tiene?

- a. 19 años a 29 años.
- b. 30 años a 39 años.
- c. 40 años a 49 años.
- d. 50 años a 59 años.
- e. Mayor o igual a 60 años.

2. ¿Qué grado académico tiene?

- a. Licenciada en enfermería.
- b. Enfermera.
- c. Auxiliar de enfermería.

3. ¿Servicio en el cual labora actualmente?

- a. Sala de admisión
- b. Sala de trabajo de parto.
- c. Sala de expulsión.
- d. Sala de transición
- e. Unidad de cuidados críticos obstétricos.
- f. Sala de alto riesgo de labor/parto.
- g. Encamamiento (posparto)
- h. Sala de alto riesgo (postparto).

4. ¿Cuánto tiempo lleva laborando en el servicio?

- a. Menor de 5 años
- b. 6 a 10 años
- c. 11 a 15 años
- d. 16 a 20 años
- e. Mayor de 20 años.

5. ¿Ha recibido actualizaciones sobre cuidados de enfermería en pacientes con preeclampsia?

Sí _____ No _____

6. ¿Hace cuánto tiempo recibió la última actualización?

- a. 2 meses
- b. 6 meses
- c. 1 año.
- d. 2 años.
- e. Más de 3 años.

7. ¿Qué tema fue impartido en esa fecha?

SECCION II

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON PREECLAMPSIA.

8. ¿En qué posición coloca a la paciente con diagnóstico de preeclampsia?

- a. Posición de Litotomía.
- b. Posición decúbito lateral derecho.
- c. Posición trendelenburgue.
- d. Posición decúbito lateral izquierdo.
- e. Posición semifowler.

9. ¿Cuál de los siguientes criterios se cumplen en la habitación donde aloja a la paciente con preeclampsia?

- a. Ambiente con luz
- b. Ambiente tranquilo.
- c. Ambiente con ruido,
- d. Ambiente tranquilo, con luz, tomas de oxígeno.
- e. Ambiente con ruido luz y tomas de oxígeno.

10. ¿Qué signos vitales controla usted a la paciente con preeclampsia?

- a. P/A, Doppler, FC, FR, T.
- b. P/A, Contracciones uterinas, FC, FR, T.
- c. P/A, FC, FR, To , saturación de oxígeno, FCF
- d. a y b son correctas.

11. ¿Con qué número de angiocath canaliza a la paciente con preeclampsia y cuántas vías periféricas le coloca?

- a. Angiocath No 24 o 26 y 1 vía periférica.
- b. Angiocath No 20 o 22 y 3 vías periféricas.
- c. Angiocath No 16 o 18.
- d. Angiocath No. 16 o 18 y 2 vías periféricas.
- e. Todas son correctas.

12. ¿Cuáles son los cuidados de enfermería que le brinda a la paciente con sonda foley?, marque con una x los cuidados que realiza.

| Cuidados | Marque con una X |
|---|-------------------------|
| Verifica la permeabilidad de la sonda foley. | |
| Vigila que la sonda foley este bien fijado. | |
| Evita levantar la bolsa recolectora de orina a una altura mayor de rodilla. | |
| Vigila que la sonda se cambie cada 7 días. | |
| Realiza aseo perineal cada 24 horas. | |

13. ¿En qué momento pesa usted a la paciente con diagnóstico de preeclampsia?

- a. Al ingreso.
- b. Diario a la misma hora.
- c. Cada semana.
- d. Cada 8 días.
- e. A y b son correctas.

14. ¿Cuándo administra sulfato de magnesio tiene el cuidado de vigilar a la paciente ante la presencia de cualquier signo de toxicidad por el medicamento, marque con una X los signos que observa?

| Signos | Signo que observa |
|------------------------------------|--------------------------|
| Verifica el reflejo osteotendinoso | |
| Nauseas | |
| Sensación de calor generalizado | |
| Fiebre | |
| Sed | |
| Sudoración. | |

| | |
|--------------------------------|---------------------------|
| Hipotensión | |
| Signos | Signos que observa |
| Flacidez | |
| Vómitos | |
| Rubor | |
| Debilidad muscular. | |
| Dolor de espalda. | |
| Depresión del sistema nervioso | |
| Hipocalcemia. | |
| Parálisis respiratoria. | |
| Paro cardio- respiratorio | |

15. ¿Cada cuánto tiempo realiza control de ingesta y excreta?

- a. Cada hora
- b. Cada 2 horas
- c. Cuando el Médico lo solicita.

16. ¿Usted brinda apoyo emocional?

- a. Si
- b. No.

Si su respuesta es sí, ¿A quién le brinda el apoyo emocional?

- a. Paciente.
- b. Esposo.
- c. Familia.
- d. Todas las anteriores.

17. ¿Qué valoración realiza usted para conservar el bienestar fetal?

- a. Controlar frecuencia cardiaca fetal
- b. Vigilar la actividad uterina.
- c. Reportar al obstetra cualquier anomalía

- d. Valorar si existen signos de trabajo de parto o desprendimiento de placenta.
- e. Todas las anteriores.

18. ¿Qué cuidados o precauciones toma en cuenta al administrar los medicamentos utilizados para tratar la preeclampsia?

19.

| Medicamentos | Cuidados y/o Precauciones | Marque con una X |
|-----------------------------|--|-------------------------|
| Sulfato de Magnesio. | Controla la ingesta y excreta de líquidos. | |
| | Controla los signos vitales cada 5-15 minutos durante 30 a 60 minutos. | |
| | Controla los reflejos cada hora. | |
| | Cuenta con antídoto (gluconato de calcio) en caso de intoxicación. | |
| | Se encuentra equipado y listo carro de urgencias. | |
| Clorhidrato de Hidralazina. | Controla la presión arterial cada 2-3 minutos durante 30 minutos | |
| | Controla de manera continua la frecuencia cardiaca fetal. | |
| | Controla la ingesta y excreta de líquidos. | |
| Metildopa | Controla a la paciente cuando está ambulando por si experimenta hipotensión postural. | |
| | Controla la frecuencia cardiaca fetal. | |
| Nifedipina. | Controla la presión arterial cada 2-3 minutos por 30 minutos durante el tratamiento agudo. | |
| | Controla la presión arterial antes de cada dosis durante el tratamiento de sostén. | |
| Furosemida | Controla de manera estricta la ingesta y excreta de líquidos. | |
| | Controla el estado pulmonar. | |
| | Informa al médico por cambios en la paciente. | |

20. ¿Identifique con una X cuáles son los signos y síntomas de las complicaciones de la preeclampsia?

| Signos y síntomas | Marque con una X |
|--------------------------------|------------------|
| Cefalea. | |
| Náuseas y vómitos. | |
| Dolor de brazos y piernas. | |
| Dolor epigástrico. | |
| Mareos. | |
| Tinnitus. | |
| Irritabilidad. | |
| Estupor. | |
| Fiebre. | |
| Cambios mentales transitorios. | |
| Edemas patológicos. | |
| Trabajo de parto. | |
| Visión borrosa. | |

21. ¿Identifique cuáles son las complicaciones de la preeclampsia que usted continuamente monitorea en una paciente con esta patología?

| Complicaciones | Marque con una X |
|--|------------------|
| Edema pulmonar | |
| Falla respiratoria. | |
| Neumonía. | |
| Desprendimiento prematuro de placenta. | |
| Coagulación intravascular diseminada. | |
| Insuficiencia hepática renal. | |
| Insuficiencia física. | |
| Hematomas o ruptura hepática. | |

| | |
|------------------------------|-------------------------|
| Enfermedad cerebro vascular. | |
| Complicaciones | Marque con una X |
| Ceguera cortical. | |
| Desprendimiento de retina. | |
| Síndrome epiléptico. | |
| Crisis convulsiva ecláptica. | |
| Falla orgánica múltiple. | |

22. ¿Los cuidados que usted brinda a la paciente con preeclampsia donde los anota? Puede marcar más de una opción.

- a. En la hoja de signos vitales.
- b. En la hoja de órdenes médicas.
- c. En la hoja de control de ingesta y excreta.
- d. En la hoja de control de medicamentos.
- e. En la nota de enfermería.

**EVALUACION DE LOS CUIDADOS QUE BRINDA EL PERSONAL DE
ENFERMERÍA A PACIENTES CON PREECLAMPSIA.**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

No. _____

Yo _____

Autorizo por este medio que la estudiante Claudia Pretzintzin Suchi, quien me indicó ser estudiante de la carrera de Licenciatura en Enfermería, a que llene una encuesta de preguntas y que se incluyan en el estudio titulado EVALUACION DE LOS CUIDADOS QUE BRINDA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON PREECLAMPSIA. Con estricta confidencialidad.

He sido informada de los beneficios que representan para los pacientes la realización de estudios científicos como el presente, por lo que acepto participar.

Quetzaltenango, _____ de _____ 2015.