

Godoy Gimenez, Carolina del Valle

“Conocimiento de las Enfermeras en la Atención de Pacientes con Preeclampsia”

2022

Instituto: Ciencias de la Salud

Carrera: Licenciatura en Enfermería



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Godoy Gimenez, C. del V. (2022). *Conocimiento de las Enfermeras en la Atención de Pacientes con Preeclampsia* [tesis de grado Universidad Nacional Arturo Jauretche]

Disponible en RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital UNAJ <https://biblioteca.unaj.edu.ar/rid-unaj-repositorio-institucional-digital-unaj>



UNIVERSIDAD NACIONAL ARTURO JAURETCHE

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

LICENCIATURA EN ENFERMERIA

TRABAJO FINAL DE LA CARRERA

**“Conocimiento de las Enfermeras en la Atención de Pacientes con
Preeclampsia”**

INFORME FINAL DE INVESTIGACION

Estudiante: Godoy Gimenez Carolina del Valle

Directora: Licenciada Centeno Graciela Alejandra

Florencio Varela, julio 2022

Índice

Introducción.....	3-5
Problema.....	6
Objetivos de la investigación.....	6
-Objetivos Generales	
-Objetivos específicos	
Marco Teórico.....	7-24
Metodología.....	25
-Diseño	
-Área de estudio	
-Unidad de análisis	
-Fuente de datos	
-Recolección de datos	
-Procesamiento de datos	
Variables.....	27
Tablas y gráficos.....	28-39
Conclusión.....	40
Bibliografía.....	41
Anexos.....	43
- Entrevista	
- Diagrama de Gantt	

Introducción

El presente trabajo de investigación se realiza para acceder al título de grado de Licenciada en Enfermería. El tema elegido es “Conocimiento de las Enfermeras en la atención de pacientes con preeclampsia”, el cual fue elegido, dado que es una patología prevalente en las pacientes embarazadas, por lo cual es importante conocer los conocimientos de quienes se encuentran a cargo de brindar cuidados como profesionales de la salud en forma óptima, segura y pertinente en personas gestantes que padecen trastornos hipertensivos durante el embarazo.

Los trastornos hipertensivos del embarazo son una causa importante de morbilidad grave, discapacidad crónica y muerte entre las madres, los fetos y los recién nacidos. En África y Asia, casi una décima parte de las defunciones maternas están relacionadas con estos trastornos, mientras que, en América Latina, una cuarta parte de las defunciones maternas se relacionan con esas complicaciones.

La preeclampsia es una de las complicaciones más preocupantes durante el embarazo, ésta patología que tiene origen desconocido y está asociada a múltiples factores de riesgo, como obesidad, hipertensión crónica, diabetes, nuliparidad, embarazo adolescente y embarazos múltiples, constituye uno de los principales problemas de Salud Pública en nuestro país, que cobra grandes repercusiones en la práctica obstétrica- perinatal.

La mayoría de las muertes asociadas a trastornos hipertensivos en la embarazada pueden evitarse con un diagnóstico oportuno, adecuado y un manejo efectivo basado en las evidencias.

La preeclampsia es una complicación del embarazo caracterizada por presión arterial alta y signos de daños en otros órganos y/o sistemas, más frecuentemente en el hígado y los riñones. Generalmente comienza después de las 20 semanas de embarazo en mujeres cuya presión arterial había sido normal.

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas y el programa de acción de la Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo, se hace mención en el párrafo 62 (b) “velar porque la reducción de la mortalidad materna sea una prioridad del sector de la salud y porque la mujer tenga fácil acceso a atención obstétrica esencial, servicios de atención de la salud materna bien equipados adecuadamente de personal, asistencia calificada durante el parto, atención obstétrica de emergencia, remisión y envíos eficaces a niveles superiores de atención en caso necesario.

(El Cairo, 1994. Conferencia Internacional sobre la población y desarrollo).

Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud propone reorientar la educación del personal de salud, que incluye la evaluación de la competencia y el desempeño. Optimizar la atención de la salud para prevenir y tratar a las personas gestantes con trastornos hipertensivos representa un paso necesario para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La OMS ha formulado las presentes recomendaciones (administración de suplementos de calcio, administración de ácido acetilsalicílico en dosis bajas, uso de hipertensivos durante el embarazo y post parto, administración de sulfato magnesio.

Según viabilidad del feto realizar cesárea o inducir un parto) basadas en datos de investigación con miras a promover las mejores prácticas clínicas posibles para el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia.

(OMS, 2014. Prevención y tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia).

La educación para la salud tiene como fin “mejorar la salud individual y colectiva y contribuir al logro de la equidad y justicia social”, señalando dos aspectos que se encuentran unidos y relacionados con la educación para la salud: la participación social y el concepto decisiones de los individuos. (Cerqueira 1997. La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina).

La educación de los profesionales de salud del siglo XXI debe estar orientada hacia los principios de la educación transformadora e interprofesional.

Los principios de la educación transformadora son: promoción de pensamiento crítico, promoción del desarrollo de las actitudes profesionales necesarias para trabajar en equipo, integración de la educación y los sistemas de salud, intercambio de recursos educativos y de innovaciones mundiales. (Frenk J, 2010. Health professionals for a next century).

Las actividades educativas que involucran a los profesionales de Enfermería requieren por ende de la actualización permanente. La educación permanente de cualquier profesión, en especial con el avance en la profesión de Enfermería, requiere de un plan permanente de formación. Se busca el desarrollo de habilidad cognoscitiva para operar en contextos complejos y cambiantes, para la solución de problemas y para la toma de decisiones y mejora de la comunicación tanto con la paciente y su entorno familiar, como con el resto del equipo interdisciplinario.

Enfermería, como personal del equipo de salud en el ámbito hospitalario, es quien más directamente establece relación estrecha con los pacientes, por lo que estos estudios nos acercan al esclarecimiento de cómo influye el nivel de los conocimientos de la Enfermera en la utilización de procedimientos preventivos y en las actitudes que adoptan ante los pacientes.

En Salud nunca se sabe cuándo el conocimiento es suficiente y todo conocimiento que se obtenga supondrá una mejora en la labor como Enfermera. Al tener una mejor formación, brinda la capacidad de ofrecer cuidados de mayor calidad a los pacientes que se encuentran a su cargo.

No solo la capacitación continua se trata de aplicar técnicas más efectivas o conocer cada fármaco que se debe administrar, también permite una mejor comunicación con los pacientes familiares, detectar sus necesidades y hacer más llevadero su estadía.

Otro de los beneficios de una formación continua es evitar quedar desactualizado, los protocolos, técnicas y descubrimientos científicos están en constante evolución.

El trabajo de investigación es con el propósito de poder conocer el nivel de conocimiento de las enfermeras en el Servicio de maternidad sobre pacientes con

preeclampsia, y la capacitación que les fue brindada, logrando conocer las debilidades de las mismas, para poder mejorar en la atención de enfermería de forma eficaz.

Problema.

¿Cuáles son los conocimientos de las Enfermeras del servicio de Maternidad del Sanatorio Modelo Quilmes sobre el tratamiento de pacientes con preeclampsia durante los meses de julio a septiembre del 2020?

Objetivos de la investigación

Objetivo General

Identificar el nivel de conocimiento de las Enfermeras sobre los cuidados en pacientes con preeclampsia en el área materno- infantil.

Objetivos específicos

- Caracterizar a las Enfermeras según el nivel de formación, edad, carga horaria semanal y número de trabajos.
- Identificar el conocimiento de las enfermeras sobre cuáles son los factores de riesgo en los pacientes con hipertensión durante la gestación.
- Conocer la actualización y formación de las enfermeras en el área de Maternidad.
- Identificar prácticas de Enfermería que fomenten el autocuidado en pacientes Hipertensas embarazadas.

Marco teórico

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero unos 5 o 6 días después de la fecundación.

El embarazo es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto, en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. En rigor, y bien expresado, la gestación se refiere al desarrollo del feto y el embarazo se refiere a los cambios en la mujer que lo hacen posible, aunque en la práctica muchas personas utilizan ambos términos como sinónimo.

El embarazo dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación, aproximadamente unos 9 meses. El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto, es decir, el momento a partir del cual puede sobrevivir extra útero. (Menéndez G, 2012. El embarazo y sus complicaciones. Revista de obstetricia y ginecología).

Factores de riesgo en el embarazo

Hay embarazos que, por sus especiales circunstancias, requieren un cuidado y un seguimiento específico. En ellos pueden surgir complicaciones o problemas imprevistos que deben ser atendidos pronta y profesionalmente para evitar colocar a la madre o al bebé en situación de riesgo. Algunos de estos factores de riesgo se listan a continuación.

Obesidad: La obesidad puede ser más difícil durante un embarazo, al aumentar la probabilidad de que una mujer desarrolle diabetes, lo que contribuye a los partos difíciles.

Diabetes: Es importante que las mujeres con diabetes controlen sus niveles de azúcar en la sangre antes de quedar embarazadas. Los niveles altos de azúcar en sangre puede provocar defectos de nacimiento durante las primeras semanas de embarazo, con frecuencia incluso antes de que la mujer sepa que está embarazada.

Controlar los niveles de azúcar en la sangre y tomar complejo vitamínico con 40 mcg de ácido fólico todos los días puede ayudar a reducir este riesgo.

Nuliparidad: Paciente que no ha tenido hijos. Cuyo riesgo de padecer preeclampsia es mayor que el de las pacientes multíparas.

Embarazo adolescente: Las adolescentes embarazadas son más propensas a desarrollar presión arterial alta y anemia y comenzar el trabajo de parto antes que las

mujeres de más edad. Las adolescentes también podrían estar expuestas a enfermedades de transmisión sexual o infecciones que podrían afectar el embarazo. Las adolescentes podrían ser menos propensas a recibir cuidados prenatales o a visitar a un profesional de la salud de manera regular durante el embarazo para evaluar los riesgos, garantizar una buena salud y entender que medicamentos y fármacos pueden usar.

Embarazo múltiple: Los embarazos de mellizos, trillizos o más fetos, conocidos como embarazos múltiples, aumenta el riesgo de los bebés de nacer prematuros.

Tener un bebé después de los 30 años y toma medicamentos para la fertilidad son factores que se han asociado con los embarazos múltiples. Tener tres o más bebés aumenta la probabilidad de que la mujer necesite una cesárea.

Hipertensión Arterial alta: Si bien la presión arterial alta puede ser riesgosa para la madre y el feto, muchas mujeres con presión alta tienen embarazos e hijos saludables.

La presión alta no controlada, sin embargo, puede provocar daño en los riñones de la madre y aumenta el riesgo de padecer preeclampsia.

Hipertensión crónica: Es la presión arterial alta que comienza antes de las 20 semanas de embarazo o antes de quedar embarazadas. Algunas mujeres pueden haberla tenido antes de quedar embarazadas pero no lo supieron hasta chequearse en su visita prenatal.

Hipertensión gestacional: Es la aparición de hipertensión por encima de 140/90 mmHg, en una gestante sin diagnóstico previo, después de las 20 semanas de embarazo. Si existe hipertensión previa al embarazo, requiere chequeo médico y tratamiento antes de la gestación. Posiblemente requiera cambio de fármacos y un seguimiento de la función renal. Con el seguimiento adecuado es factible tener un embarazo y parto normales. Si durante el embarazo desarrolla hipertensión gestacional, puede requerir tratamiento ambulatorio u hospitalario, dependiendo de la severidad. En ocasiones se requiere adelantar el parto, mediante inducción o cesárea, para prevenir complicaciones para la madre y el feto. Un aumento de la presión arterial a partir de la semana 20 del embarazo puede ser síntoma de preeclampsia, una afección que potencialmente amenaza la vida de la gestante y el recién nacido.

Entre las semanas 18 y 20 se comienza la percepción de los movimientos fetales.

En la semana 38 de embarazo el médico podrá realizar un diagnóstico de estrechez pélvica.

En la semana 20 el corazón fetal tendrá un ritmo cardíaco de entre 110-160 ppm el cual se percibirá a través de estetoscopio.

Cambios fisiológicos durante el embarazo

La mujer embarazada se encuentra en un estado hipervolémico crónico. El volumen de agua corporal total se incrementa debido al aumento de la retención de sal y agua por los riñones. Esta mayor cantidad de agua ocasiona dilución de la sangre, lo que explicaría la anemia fisiológica propia del embarazo que persiste durante todo el embarazo.

El aumento del volumen sanguíneo causa un aumento en el gasto cardíaco, el volumen urinario y el peso materno. La acción de las ciertas prostaglandinas causa bronco dilatación y aumento en la frecuencia respiratoria. A nivel renal se ve una leve disminución en la depuración de creatinina, y otros metabolitos.

El peso de la madre durante el embarazo aumenta a expensas del peso del feto, el peso del líquido amniótico, placenta y membranas ovulares, el incremento del tamaño del útero, la retención de líquidos maternos y el inevitable depósito de grasa en tejidos maternos. El metabolismo de la madre también incrementa durante el embarazo.

La frecuencia cardíaca incrementa hasta un promedio de 90 latidos por minuto. La tensión arterial se mantiene constante o a menudo levemente disminuida. La resistencia venosa aumenta, en especial por debajo de la cintura gestante. El corazón tiende a aumentar de tamaño, condición llamada hipertrofia ventricular especialmente izquierda y desaparece a las pocas semanas después del alumbramiento.

La incidencia global de los estados hipertensivos durante el embarazo (EHE) varía entre el 2 y 18%, constituyendo una de las cuatro primeras causas de mortalidad materna y de morbi- mortalidad perinatal.

Se considera diagnóstico de hipertensión arterial en el embarazo la existencia, después de la semana 20^o o en las 24 horas siguientes al parto, de cifras de TA \geq 140/90 mmHg tomadas en dos ocasiones consecutivas, con una diferencia mínima de 6 horas entre las tomas o un aumento de las TAS \geq 25 mmHg y/o TAD \geq 15 mmHg, respecto al inicio del embarazo.

Preeclampsia

Según la OMS los trastornos hipertensivos del embarazo son causa importante de morbilidad grave, discapacidad crónica y muerte entre las madres, los fetos y los recién nacidos.

Esta enfermedad descrita hace más de 2000 años, continua siendo uno de los mayores problemas para la salud de las madres y sus recién nacidos. Cada 3 minutos muere una mujer en el mundo debido a complicaciones de la Preeclampsia.

Entre los trastornos hipertensivos que complican el embarazo, la preeclampsia y la eclampsia sobresalen como causas principales de morbilidad y mortalidad maternas y perinatales. La mayoría de las muertes causadas por la preeclampsia y la eclampsia se pueden evitar prestando asistencia oportuna y eficaz a las mujeres que acuden a consulta por estas complicaciones. Optimizar la asistencia sanitaria para prevenir y tratar los trastornos hipertensivos en las mujeres representa un paso necesario para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Los trastornos hipertensivos complican alrededor del 10% de los embarazos de los cuales las formas severas, constituyen el 4.4 % de todos los nacimientos.

La preeclampsia también se conoce como hipertensión inducida por el embarazo, que aparece a partir de la semana 20 de gestación, acompañado de proteinuria > 300mg/L en orina de 24 horas o > 30 mg/dl en muestra aislada o 1+ en tira reactiva y se debe prestar atención al edema, sobre todo con un desarrollo rápido y generalizado que es habitualmente anormal.

La preeclampsia es una complicación del embarazo caracterizada por presión arterial alta y signos de daños en otro sistema de órganos, más frecuentemente el hígado y los riñones. Generalmente, la preeclampsia comienza después de las 20 semanas de embarazo en mujeres cuya presión arterial había sido normal.

Una vez que se cumple con el criterio de pre-eclampsia se debe considerar la existencia de GRAVEDAD.

La preeclampsia complica el 3-14% de todos los embarazos, el 30% de las gestaciones múltiples.

Si no se trata, la preeclampsia puede desencadenar complicaciones graves, incluso mortales, tanto para la madre como para el bebé. El tratamiento más efectivo es dar a luz al bebé.

Si se diagnostica preeclampsia en el embarazo demasiado temprano para dar a luz al bebé, la madre y el médico enfrentan una tarea difícil. El bebé necesita más tiempo para madurar, y se debe evitar poner al paciente en cualquier tipo de riesgo para que no tenga complicaciones graves.

En raras ocasiones, la preeclampsia se desarrolla después del parto, una enfermedad que se conoce como preeclampsia posparto.

La preeclampsia se asocia a hipo calciuria desde etapas tempranas de la gestación (una cifra <195 mg en orina de 24 horas, en la semana 17, puede predecir el desarrollo y también es útil para diferenciarla de la HTA crónica (200-400mg/ 24hs). En la preeclampsia grave suelen elevarse y la GOT, GPT, LDH (hepática) y bilirrubina, y podemos hallar hipoproteinemia con disminución de la albumina y gammaglobulina.

(Albacete 2003, Preeclampsia- eclampsia).

- Leve: TA > 140/90 mmHg o incremento de 25 mmHg de las TAS y/o de 15 mmHg de TAD, con proteinuria < 2 g/ 24 horas.

- Grave: Presión arterial sistólica \geq 160 mmHg y/o presión arterial diastólica \geq 110

HTA crónica: La hipertensión crónica asociada al embarazo se puede diagnosticar con la presencia de presiones arteriales \geq 140/90 mmHg en tres situaciones.

a- Hipertensión crónica conocida o con historia de tal complicación antes del embarazo.

b- Hipertensión diagnosticada por primera vez durante las primeras 20 semanas del embarazo.

c- Hipertensión que persiste luego del puerperio.

Pre-eclampsia agregada: Corresponde a aquella paciente con diagnóstico de hipertensión crónica a la cual, luego de las 20 semanas, se le suma una pre-eclampsia.

El diagnóstico se confirma si la proteinuria es ≥ 300 mg/24 horas o en tiras reactivas con proteinuria persistente. Si la paciente tiene una proteinuria previa a las 20 semanas de embarazo superior a 300 mg en 24 horas, la proteinuria actual debe ser superior a ese valor.

Hipertensión gestacional: Aparece luego de las 20 semanas o en el puerperio, al mismo tiempo la proteinuria es negativa. Al igual que la pre-eclampsia, su definición involucra tres variables.

a- Embarazo \geq de 20 semanas o durante el puerperio.

b- Hipertensión definida como una presión arterial sistólica \geq a 140 mmHg y/o presión arterial diastólica \geq 90 mmHg, tomada al menos dos veces en un lapso entre 4 horas hasta 7 días.

c- Proteinuria negativa: proteínas en orina de 24 horas $<$ 300 mg.

Enfermedad renal preexistente: el diagnóstico se hará según la clínica, el estudio de la función renal y el sedimento urinario. A veces es necesaria la biopsia renal, también la determinación de anticuerpos antinucleares (ANA), anticardiolipina, potasio en plasma, etc.

Otras causas de la HTA: coartación de aorta, lesiones oclusivas de la arteria renal, causas endocrinas de HTA.

Síndrome HELLP con purpura trombopènica trombòtica (PTT): si existe PTT, la hemólisis y los síntomas neurológicos no mejoran tras la extracción del feto.

Patología de la vesícula biliar, hepatitis.

Criterios diagnósticos de preeclampsia severa

(Se considera grave si uno o más de los siguientes criterios se encuentra presente)

Clínicos:

- TA \geq 160 mmHg y/o TAD \geq 110 mmHg en dos determinaciones separadas 6 horas, estando la paciente en reposo de 5 minutos.

- Alteraciones cerebrales o visuales (hiperreflexia con clonus, cefalea severa, escotomas, visión borrosa, centelleos, amaurosis, vértigo, hiperexcitabilidad, somnolencia, zumbido de oídos).

- Dolor epigástrico o en hipocondrio derecho, nauseas, vómitos
- Afectación placentaria con manifestaciones fetales (CIR)
- Hemorragia retiniana, exudado en fondo de ojo o papi edema
- Edema agudo de pulmón o cianosis
- Oliguria \leq 500 ml en 24 horas.
- Eclampsia

Biológicos

- Proteinuria \geq 2g en orina de 24 horas (3+ en tira reactiva)
- Creatinina sérica $>1,2$ mg/dl
- Alteración de las pruebas funcionales hepáticas
- Alteraciones hematológicas: Trombocitopenia ($<100.000\text{mm}^3$), CID, hemolisis
- Elevación del BUN
- Elevación del ácido úrico.

(Membreño Gutiérrez E. 2015. Enfermería Materno Infantil II)

Criterios de gravedad para la preeclampsia

PRE-ECLAMPSIA GRAVE		
MADRE/ FETO	VARIABLE	DEFINICION
COMPLICACION MATERNA	Crisis hipertensivas	Presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg y/o presión arterial diastólica ≥ 110
	Síntomas	Cefalea, alteraciones visuales /auditivas, epigastralgia, nauseas/vómitos, otras.
	Complicación	Síndrome HELLP, edema cerebral, desprendimiento de retina, edema pulmonar, insuficiencia renal aguda, hematoma/ruptura hepática, CID.
	Exámenes alterados	Alteraciones del perfil de coagulación, elevación de enzimas hepáticas o trombocitopenia, creatinina elevada.

	Oliguria	Menos de 400 cc/ orina 24 hs.
	Proteinuria elevada	≥5 gramos en 24 horas o 3-4 +
COMPLICACION FETAL	Restricción del crecimiento Fetal	Peso fetal ≤ al percentil 10 por la edad gestacional.
	Óbito	Muerte fetal sin otra causa que lo explique.

(Tavara L, 2012.Capacitacion en preeclampsia - eclampsia)

Etiología y fisiopatología

A pesar de múltiples estudios, se desconoce exactamente la causa de la preeclampsia, aunque probablemente sea multifactorial. Se cree que el primer evento es un vaso espasmo placentario por una reacción inmunitaria, al ponerse en contacto por primera vez antígenos maternos y fetales de la placenta. En segundo lugar se plantean alteraciones maternas preexistentes, a veces no evidentes, como la hipertensión arterial, enfermedades renales, sobrepeso, diabetes y en general factores de riesgo cardiovascular.

También se ha demostrado una susceptibilidad genética de tipo poligenico en estas pacientes, así como en otras familiares directas, que presentan un aumento de la sensibilidad del endotelio vascular a dichos factores antiangiogenicos.

La enfermedad se caracteriza por la disfunción endotelial de todo el sistema materno y del lecho placentario, debido a un desbalance de los factores que promueven la normal angiogénesis.

Su consecuencia es el daño endotelial, un aumento de la permeabilidad endotelial, perdida de la capacidad vasodilatadora y de la función antiagregante plaquetaria, con alteración enzimática para síntesis normal del óxido nítrico.

La preeclampsia partiría de una isquemia útero- placentaria y de una lesión en el endotelio vascular, que inducirían: vasoconstricción arterial y venosa (edemas), aumento de sensibilidad a la angiotensina II (da lugar a la hipertensión), incremento de la permeabilidad vascular y activación multisistémica de la coagulación (orina proteinuria, coma, convulsiones).

Cambios hemodinámicos y hormonales

Cambios hemodinámicos y hormonales	Embarazo normal	Preeclampsia
Resistencia periférica	Disminuida	Aumentada
Volumen plasmático	Aumentado	Disminuido
Filtrado glomerular	Aumentado	Disminuido
Respuesta presora a la angiotensina III	Disminuida	Aumentada
Prostaciclina	Aumentada	Disminuida
Tromboxano A2	Aumentado	Normal- alto

(Membreño Gutiérrez E, 2015. Enfermería Materno Infantil II).

Signos y síntomas de la preeclampsia

A veces, la preeclampsia no provoca síntomas. La presión arterial alta puede presentarse lentamente o tener una aparición repentina. Controlar la presión arterial es una parte importante del cuidado prenatal, porque el primer signo de preeclampsia es, con frecuencia, el aumento de la presión arterial. La presión arterial que supera los 140/90 milímetros de mercurio (mm Hg) o más, registrada en dos ocasiones con, al menos, cuatro horas de diferencia, es anormal.

Otros signos y síntomas de preeclampsia pueden comprender:

- Exceso de proteínas en la orina (proteinuria) u otros signos de problemas renales
- Dolores de cabeza intensos
- Cambios en la visión, entre ellos, pérdida temporal de la visión, visión borrosa o sensibilidad a la luz
- Dolor en la parte superior del abdomen, por lo general, debajo de las costillas y en el lado derecho
- Náuseas o vómitos
- Menor producción de orina
- Niveles más bajos de plaquetas en la sangre (trombocitopenia)
- Función hepática alterada
- Dificultad para respirar, causada por la presencia de líquido en los pulmones

La preeclampsia puede provocar aumento de peso repentino e hinchazón (edema), especialmente en el rostro y en las manos. No obstante, esto también ocurre en muchas embarazadas. La causa exacta de la preeclampsia comprende varios factores. Los especialistas creen que comienza en la placenta, el órgano que nutre al feto durante el embarazo. En las primeras semanas del embarazo, se forman nuevos vasos sanguíneos y estos evolucionan para enviar sangre a la placenta de forma eficiente.

En las mujeres con preeclampsia, parece que estos vasos sanguíneos no se desarrollan o no funcionan de manera adecuada. Son más angostos que los vasos sanguíneos normales y reaccionan de manera diferente a las indicaciones hormonales, lo cual limita la cantidad de sangre que puede fluir por ellos.

Las causas de esta formación anormal pueden comprender las siguientes:

- Un flujo de sangre insuficiente al útero
- Daño en los vasos sanguíneos
- Un problema en el sistema inmunitario
- Determinados genes.

Factores de riesgo

La preeclampsia se manifiesta solo como una complicación del embarazo. Los factores de riesgo incluyen los siguientes:

- Antecedentes de preeclampsia. Los antecedentes personales o familiares de preeclampsia aumentan significativamente el riesgo de tener preeclampsia.
- Hipertensión crónica. Si tuviste hipertensión crónica, corres mayor riesgo de desarrollar preeclampsia.
- Primer embarazo. El riesgo de tener preeclampsia es mayor durante tu primer embarazo.
- Nueva paternidad. Cada embarazo con una pareja nueva aumenta más el riesgo de tener preeclampsia que tener un segundo o un tercer embarazo con la misma pareja.
- La edad. El riesgo de tener preeclampsia es mayor en el caso de las mujeres embarazadas muy jóvenes o mayores de 40 años.
- Obesidad. El riesgo de preeclampsia es mayor al tener obesidad.
- Embarazo múltiple. La preeclampsia es más frecuente en las mujeres embarazadas de mellizos, trillizos u otros embarazos múltiples.
- Intervalo entre embarazos. Tener bebés con menos de dos años o más de 10 años de diferencia conduce a un mayor riesgo de tener preeclampsia.
- Antecedentes de determinadas afecciones. Tener determinadas afecciones antes de quedar embarazada, como presión arterial alta crónica, migrañas, diabetes tipo 1 o tipo 2, enfermedad renal, una tendencia a tener coágulos sanguíneos o lupus, aumenta el riesgo de tener preeclampsia.
- Fecundación in vitro. El riesgo de tener preeclampsia aumenta al concebir mediante fecundación in vitro.

Complicaciones

Mientras más grave sea la preeclampsia y más temprano se presente en el embarazo, mayores serán los riesgos para la madre y el bebé. La preeclampsia puede requerir la inducción del trabajo de parto y el parto.

Puede ser necesaria una cesárea en caso de afecciones clínicas u obstétricas que requieran un parto rápido. De lo contrario, es posible que el médico recomiende un parto vaginal programado.

Entre las complicaciones de la preeclampsia se incluyen las siguientes:

- **Restricción del crecimiento fetal.** La preeclampsia afecta a las arterias que suministran sangre a la placenta. Si la placenta no recibe la cantidad suficiente sangre, el bebé puede recibir un nivel inadecuado de sangre y oxígeno, y menos nutrientes. Esto puede ocasionar un crecimiento lento, conocido como “restricción del crecimiento fetal”, bajo peso al nacer o parto prematuro.
- **Parto prematuro.** Si tienes preeclampsia con características graves, es posible que debas adelantar el parto para salvar tu vida y la de tu bebé. Si el bebé nace prematuro, puede tener problemas respiratorios o de otro tipo. Tu proveedor de atención médica te ayudará a comprender cuál es el momento ideal para el parto.
- **Desprendimiento placentario.** La preeclampsia aumenta el riesgo de tener desprendimiento de la placenta, un trastorno que consiste en la separación de la placenta de la pared interior del útero antes del parto. Un desprendimiento grave puede ocasionar un sangrado intenso, que puede poner en riesgo tu vida y la de tu bebé.
- **Síndrome de HELLP.** El síndrome de HELLP, cuyas siglas significan hemólisis (la destrucción de los glóbulos rojos), aumento de enzimas hepáticas y recuento bajo de plaquetas, es una forma más grave de la preeclampsia, y puede poner en riesgo la vida de la madre y el bebe.

Los síntomas del síndrome de HELLP incluyen náuseas y vómitos, dolores de cabeza, y dolor en la parte superior derecha del abdomen. El síndrome de HELLP es particularmente peligroso porque implica daños a varios sistemas de órganos. En ocasiones, puede manifestarse repentinamente, incluso antes de que se detecte la presión arterial alta, o sin ningún síntoma en absoluto.

- **Eclampsia.** Si la preeclampsia no se controla, es posible que se desarrolle una eclampsia, que es, en esencia, una preeclampsia con convulsiones. Es muy difícil predecir qué pacientes tendrán una preeclampsia lo suficientemente grave para convertirse en eclampsia.

Con frecuencia no hay síntomas ni signos de advertencia con los que se pueda anticipar la eclampsia. Dado que la eclampsia puede tener consecuencias graves para la madre y el bebé, el parto se vuelve necesario, independientemente del tiempo de gestación del embarazo.

- **Daño a otros órganos.** La preeclampsia puede dañar los riñones, el hígado, los pulmones, el corazón o los ojos, y puede causar un accidente cerebrovascular u otra

lesión cerebral. La cantidad de lesiones causadas a otros órganos depende de la gravedad de la preeclampsia.

- Enfermedad cardiovascular. Tener preeclampsia puede aumentar el riesgo de presentar enfermedades cardíacas y de los vasos sanguíneos (cardiovasculares) en el futuro. El riesgo se vuelve incluso mayor si has tenido preeclampsia más de una vez o si tuviste un parto prematuro. Para minimizar el riesgo, después del parto intenta mantener tu peso ideal, come una variedad de frutas y verduras, haz ejercicio de manera regular y no fumes.

(Ocean/ Ergon.2009 Problemas de la salud en el embarazo)

Prevención

Los investigadores continúan estudiando formas de prevenir la preeclampsia, pero hasta ahora no han surgido estrategias claras. Comer menos sal, cambiar tus actividades, restringir calorías o consumir ajo o aceite de pescado no reduce el riesgo. No se ha demostrado que un aumento de la ingesta de vitaminas C y E sea beneficioso.

Algunos estudios han revelado una relación entre la deficiencia de vitamina D y un mayor riesgo de tener preeclampsia. Sin embargo, mientras algunos estudios han demostrado una relación entre tomar suplementos de vitamina D y un menor riesgo de tener preeclampsia, otros no han logrado establecer la conexión.

No obstante, en ciertos casos, puedes reducir tu riesgo de tener preeclampsia con lo siguiente:

Reposo: Existen dos estudios clínicos aleatorizados que evaluaron el reposo en mujeres embarazadas y la posibilidad de pre-eclampsia, ambos son estudios de poca cantidad de pacientes y con escasas variables analizadas. Los resultados parecieran ser alentadores con respecto a la prevención de la pre-eclampsia. La OMS no recomienda el reposo en casa como una intervención primaria para prevenir la pre-eclampsia en mujeres de riesgo.

Dieta baja en sal: Es reconocido el efecto beneficioso que para algunas pacientes con hipertensión crónica, de allí que se hubiere pensado en la posibilidad de que sea efectiva para la reducción de la pre- eclampsia, no se encuentran estudios que aseguren los beneficios.

Suplementación con calcio: Una ingesta de calcio entre 1.5 o 2.0 gramos por día disminuye a la mitad la posibilidad de desarrollar pre- eclampsia. En algunas poblaciones, las mujeres que tienen deficiencia de calcio antes del embarazo, y que no obtienen suficiente calcio durante el embarazo a través de sus dietas, podrían beneficiarse de los suplementos de calcio para prevenir la preeclampsia.

Aspirina en dosis bajas. factores de riesgo, que incluyen antecedentes de preeclampsia, embarazo múltiple, presión arterial alta crónica, enfermedad renal, diabetes o enfermedad autoinmune, el médico puede recomendarte una dosis diaria baja de aspirina (81 miligramos) a partir de las 12 semanas de embarazo..

Exploraciones complementarias:

Se debe solicitar analítica con sistemática de sangre, estudio de coagulación, sistemático de orina, proteinuria y calciuria en orina de 24 horas, aclaramiento del calcio y de creatinina, electrolitos, ácido úrico y nitrógeno ureico (BUN), pruebas de función hepática, bilirrubina total, fraccionada, proteínas totales y proteinograma.

Se puede observar hemoconcentración, con aumento del hematocrito; plaquetopenia precoz, con alteración secundaria de las pruebas de coagulación. En el sedimento urinario no es raro hallar sangre, cilindros, leucocitos y flora bacteriana. La hiperuricemia (límite superior en embarazo de 4,5 -5 mg/dl) se relaciona con aumento de complicaciones maternas y fetales y puede manifestarse hasta 8 semanas antes de la aparición de la clínica hipertensiva.

Predicción y prevención

Se han propuesto numerosas pruebas (clínicas, biofísicas, bioquímicas y ecográficas) para el diagnóstico precoz de la preeclampsia, pero ninguna de ellas ha mostrado utilidad clínica. Se han probado multitud de estrategias para prevenir o disminuir la incidencia de preeclampsia y sus complicaciones (AAS a bajas dosis, suplementos de calcio, cinc, magnesio, aceite de pescado, etc.) Sin ser útil ninguna en la población obstétrica general.

Sin embargo, en población con factores de riesgo para preeclampsia la administración de ácido salicílico (AAS) a dosis bajas (100 mg/ día, por la noche, desde la semana 12 hasta la finalización del embarazo), podría reducir en un 14 % la incidencia de preeclampsia y el 21 % la tasa de mortalidad perinatal.

Tratamiento

No existe una guía universal aceptada y aplicada para el manejo de la pre-eclampsia y muchos esquemas de diagnóstico y manejo dependen de guías y facilidades locales.

El primer paso en el manejo adecuado de la pre-eclampsia requiere un diagnóstico correcto y en forma oportuna, luego de ello el correcto manejo de la hipertensión y simultáneamente evitar que se presente la eclampsia.

Ante el diagnóstico clínico de preeclampsia, se debe derivar a atención especializada. Puede ser aconsejable ingresar a la paciente para su estudio y correcta catalogación.

No hay acuerdo general en cómo controlar de forma exhaustiva los fetos de gestantes con HTA gestacional y preeclampsia, ni en cuáles son las pruebas más adecuadas, ni con qué frecuencia.

La paciente debe mantener un reposo relativo (en decúbito lateral izquierdo disminuye la TA y aumenta el flujo útero- placentario) y una dieta normo calórica, normo proteica y normo sódica. La suplementación de la dieta con calcio, magnesio, cinc, hierro o folatos, no modifica la incidencia o evolución de la preeclampsia, por lo que no están indicados. Sin embargo, el hierro y los folatos pueden administrarse, por sus otros efectos beneficiosos para el embarazo.

El tratamiento farmacológico no se ha demostrado beneficioso en HTA gestacional y preeclampsia leve. Estaría indicado ante la persistencia de una TAD >100 mmHg.

No se debe disminuir la perfusión útero – placentaria, por lo que esta contraindicados los fármaco que disminuyan el volumen plasmático (diuréticos, IECAs, ARAII).

Además, los IECA y ARAII se asocian con problemas neonatales como insuficiencia renal, muerte fetal, aborto y malformaciones en los últimos trimestres, y los diuréticos pueden producir trombopenia, alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono e hiperbilirrubinemia en el recién nacido. Los betabloqueantes son seguros en la última parte del embarazo, pero en la primera se asocian con CIR (atenolol).

El único tratamiento de la preeclampsia es la finalización del embarazo. Estese planteara ante grave afectación materno- fetal, o a partir de las 37 semanas en preeclampsia leve, mientras se espera la madurez pulmonar fetal que puede ser inducida con glucocorticoides orales maternos (preferible hidrocortisona).

Medicaciones:

A- Antihipertensivos.

Hipertensión leve-moderada: Los resultados demuestran que independientemente de que haya pre-eclampsia, hipertensión gestacional o hipertensión crónica, el uso de antihipertensivos no ofrece beneficios para las principales complicaciones maternas o perinatales.

Independientemente del antihipertensivo usado y de que el control fuese un placebo o ninguna medicación.

Hipertensión grave: Los estudios sobre medicación en hipertensión grave durante el embarazo son múltiples y muchos con poca cantidad de pacientes.

Drogas aplicadas: Labetalol, hidralazina, nifedipina, metildopa, sulfato de magnesio, nimodipina, nitroglicerina.

Se debe usar el medicamento con el que mejor experiencia se tenga de los tres con mejores resultados (labetalol, hidralazina, nifedipina).

Medicación para preeclampsia grave

HIPERTENSION GRAVE			
	MEDICAMENTO		
	HIDRALAZINA	LABETALOL	NIFEDIPINA
Nivel de presión arterial	PAS ≥ 160 mmHg y/o PAD ≥ 110 mmHg	PAS ≥ 160 mmHg y/o PAD ≥ 110 mmHg	PAS ≥ 160 mmHg y/o PAD ≥ 110 mmHg
Dosis	5 mg IV	20,40,80,80,80 mg IV	10 mg SL/VO
Intervalos	Cada 15-20 min	Cada 10-20 min	Cada 15-20 min
Dosis total	3 a 5 dosis	Hasta la quinta dosis	3 a 5 dosis

(Vademecum, 2019. www. anmat.gov.ar)

Control y tratamiento de la preeclampsia leve

Control domiciliario de TA y proteinuria mediante tiras reactivas cada 24 horas. Control obstétrico cada semana o cada 15 días. Seguir las medidas generales de reposo y dieta. Si se normaliza la TA no es necesario pautar medicación hipotensora, manteniendo controles semanales. Las indicaciones para tratamiento farmacológico son: persistencia de TAD ≥ 100 mmHg o TAS ≥ 160.

No existen claras ventajas en la utilización de un fármaco u otro, por lo que se recomienda empezar con el que se está más familiarizado (labetalol 100-200 mg/6-8 horas vo; hidralacina oral inicialmente 50 mg /día repartido en 3-4 tomas y si en 48 horas no se normaliza aumentar progresivamente hasta máximo de 200 mg/día; alfa-metildopa 250-500 mg /8 horas vo.

Control y tratamiento de la preeclampsia grave

Es una urgencia médica que tiene q ser derivada rápidamente al hospital. Se debe iniciar tratamiento antihipertensivo farmacológico para evitar las complicaciones:

- Hidralazina: bolo IV de 5 mg que puede repetirse a los 10 minutos si no mejora, siguiendo con perfusión continua entre 3-10 mg/hora.
- Labetalol: Bolo IV lento en 1-2 minutos de 20 mg, repetir a los 10 minutos doblando la dosis si no control, sin sobrepasar los 220 mg, y seguir con perfusión continua a 100 mg cada 6 horas. Si no se controla se asociara otro fármaco. Son contraindicaciones para labetalol: ICC, asma y frecuencia cardiaca materna <60 lpm.
- Nifedipina: 10 mg VO y repetir si precisa en 30 minutos, seguir con dosis de 10-20 mg/ g-8 horas.

En los casos graves es preciso prevenir las crisis convulsivas. Para prevenir convulsiones durante el traslado al hospital, se pueden administrar 20 mg de diazoan IM. También puede ponerse una vía con 4 g de sulfato de magnesio en 200 ml de suero fisiológico, a administrar en 20 minutos. A pesar del tratamiento adecuado no se

puede evitar de manera absoluta la posible aparición o recurrencia de nuevos episodios.

Indicaciones maternas:

- Trombocitopenia progresiva
- Persistencia de HTA severa a pesar de tratamiento
- Aparición de complicaciones maternas graves: hemorragia cerebral, edema pulmonar, rotura hepática
- Deterioro progresivo de la función renal u oligoanuria persistente
- Deterioro progresivo de la función hepática
- Eclampsia

Indicaciones fetales:

- Registro cardiotocográfico patológico
- Restricción severa del crecimiento fetal con Doppler de arteria umbilical con diástole ausente o revertida.

Tavara L. (2012).Modulo capacitación Preeclampsia- eclampsia

Educación en Enfermería

Con respecto a la capacitación de enfermería el proceso educativo acompaña al ser humano desde su origen, por lo tanto es considerado como una acción continua y permanente durante toda la vida, asimismo como parte integral del trabajo. De esta manera, la formación de enfermería constituye la socialización de conocimientos, principios, valores y técnicas en un campo complejo: el cuidado de la salud. Esta formación, en su connotación más amplia es concebida como una posibilidad de autonomía para la creación de proyectos que permitan el desarrollo de su dimensión humana. Por esta razón la ocupación de estos profesionales y su capacitación son una preocupación universal.

Actualmente, se considera que la educación de Enfermería en América Latina ha avanzado en la actualización de sus planes curriculares, en la medida que se ha comprendido el objeto de estudio y la dimensión disciplinar, sin dejar de reconocer que los programas de mayor nivel se encuentran en países y universidades que han desarrollado procesos de autoevaluación y acreditación, así como una cultura de compromiso con la calidad del proceso enseñanza-aprendizaje. Cabe mencionar que el panorama no es homogéneo, ya que existen programas que se sustentan en el modelo biomédico y en el morbicentrismo, no discuten los avances de la disciplina, ni están a tono con el desarrollo profesional, conservando pedagogías tradicionalistas. Por otra parte, el panorama de la fuerza de trabajo de acuerdo a la Organización

Panamericana de la Salud no es nada alentador, ya que sólo el 30% de enfermeras son profesionales, lo que de acuerdo con esta organización, tiene un impacto negativo en la calidad y seguridad de la atención.

En las últimas décadas, la globalización y la integración económica de las políticas de capacitación son cada vez más importantes, así una fuerza laboral bien capacitada es clave para proporcionar a las empresas nacionales, trabajadores con un mayor nivel de calificaciones para adaptarse a los acelerados cambios técnicos del mercado.

La capacitación se define como un proceso activo y permanente que consiste en adquirir, mantener, renovar, reforzar, actualizar e incrementar los conocimientos, las destrezas y las actitudes que le permitan enfrentar y resolver, o en su caso, contribuir a la mejora de los problemas a fin de preservar y mejorar la competencia y actitudes del personal que ha terminado su instrucción formal, con el objetivo de enfrentar los cambios tecnológicos y de innovación productiva de manera competente y provechosa. De esta manera, cuando se habla de capacitación continua, es preciso entender que el trabajador, cuando asume una actividad profesional, trae un conocimiento previo, resultado de toda su historia de vida y de la preparación profesional formal exigida. (Gómez Mejía 2004. Proyecto- Problema: una alternativa de educación continúa en la mejora de los servicios de Enfermería.).

Bajo este contexto, la capacitación representa en sí misma el recurso más importante con el que cuentan las organizaciones, empresas o instituciones, en este caso de salud, para la formación y actualización de sus profesionales. Su finalidad es enfrentar la innovación y los cambios tecnológicos de manera competente y provechosa para garantizar el logro de las metas organizacionales de acuerdo con los valores y objetivos de la institución. Para ello, el desarrollo personal de sus integrantes es fundamental, pues se busca mejorar habilidades e incrementar conocimientos en áreas específicas, asimismo, cambiar actitudes con el fin de generar personas proactivas. Por lo tanto, todo personal de salud, en el ejercicio de su profesión, está implícitamente comprometido a la capacitación continua.

Como todo proceso administrativo, la capacitación debe de ser vista como una inversión y un método para lograr el desarrollo de las competencias del personal de enfermería, pues existe una relación directa entre la asistencia a los cursos de capacitación y la mejora de la productividad de enfermería, además de que favorece la disminución de los accidentes o errores de trabajo, se mejora el clima organizacional, la satisfacción en el trabajo, así como la seguridad y calidad de la atención de los pacientes.

Para que el proceso de capacitación sea ordenado, es necesario seguir varias etapas, a fin de que se estructure la actividad y el aprendizaje. Las etapas que lo conforman son: planeación, desarrollo y evaluación.

Para la planeación es necesario partir de la misión y visión de la organización y tomar en cuenta que los factores relacionados con la participación del personal de enfermería en la capacitación son muy diversos; el grado de participación obedece a razones complejas como las características personales, actitudes, valores, creencias y expectativas. De este modo, los trabajadores asisten a cursos de capacitación como una forma de lograr sus objetivos o metas planteadas de manera personal; por otro

lado, hay quienes lo hacen en busca de formar relaciones sociales o mejorar su situación económica; pero muy pocos son quienes se inscriben en busca del conocimiento por su propio valor.

Entre los factores profesionales que más influyen en la capacitación continua se encuentran el turno laboral; a pesar de estar estipulado que la capacitación debe darse dentro de la jornada del trabajador, la realidad es que la mayoría de cursos los proporcionan en el turno matutino. Por lo tanto, existe mayor posibilidad de asistir en los días de descanso o en turno contrario al que se tiene, porque las prestaciones laborales no son las suficientes para el número de días u horas de los cursos de capacitación.

Para el desarrollo de los programas de capacitación las instituciones deben tomar en consideración varios aspectos: el primero de ellos es la obtención de conocimiento que coadyuve al desarrollo profesional, así como a incrementar las habilidades y destrezas en los procedimientos de una manera mediata, lo que a largo plazo se debe ver reflejado en mejorar la calidad de atención de los usuarios, al haber un cambio de actitudes y aptitudes; el segundo debe estar dirigido a satisfacer las expectativas del personal de enfermería en cuanto a la experiencia, conocimiento y capacidad del profesor para transmitir de una manera clara, explícita y amena el contenido del tema; el siguiente aspecto es la idoneidad de las instalaciones donde se imparte la capacitación, deberán contar con una iluminación adecuada, donde el ruido no sea un motivo de distracción y si es posible que tengan un clima templado, así mismo que el espacio físico esté distribuido de una manera práctica que facilite al asistente desarrollar las actividades académicas adecuadamente; el cuarto aspecto se centra en los recursos didácticos utilizados por el profesor, es bien sabido que por la optimización de tiempo y recursos, las conferencias y similares son la primera opción, sin embargo ofrecen poca retroalimentación y bajos niveles de transferencia y repetición del conocimiento; por último, la duración de la capacitación debe ir acorde con la complejidad y profundidad del tema. (Chiodelli, 2007, Educación continua en el trabajo).

Dentro de la etapa de evaluación están contemplados los beneficios personales que enfermería recibe por capacitarse, está el aprendizaje e interacción con colegas, el intercambio de conocimiento a través de redes sociales, asimismo la posibilidad de adquirir una membresía de pertenencia a un grupo donde implícitamente se encuentra la responsabilidad profesional y el desarrollo de la disciplina, claramente relacionado con el conocimiento, las habilidades, la productividad, el mantenimiento de capacidades, la competencia y calidad de la atención. La evaluación general del proceso de capacitación debe ser integral, es decir, tomar en cuenta las etapas de planeación, desarrollo y evaluación, para poder tener un juicio de valor que permita identificar el cumplimiento de los objetivos, las áreas susceptibles de mejora, la eficiencia y el desarrollo del potencial del personal de enfermería que ha sido capacitado, un análisis del costo-beneficio, así como los recursos disponibles y su aplicación; el grado de aprendizaje y los resultados en la práctica diaria; aunque también es sustantivo y motivo de este estudio, conocer cómo evalúa el personal de enfermería la capacitación impartida por su institución.

El personal de Enfermería es un elemento clave e indispensable en las instituciones de salud, lo que le obliga a mantenerse actualizado en sus conocimientos para la prestación de sus servicios. Por lo anterior, es preciso que la capacitación se considere el recurso más importante con el cual cuentan las organizaciones de salud para la formación y actualización de sus profesionales. De esta manera, es necesario conocer la opinión que tiene el personal respecto a la capacitación en sus etapas de planeación, desarrollo y evaluación. Con base en lo anterior, se tiene la finalidad de evaluar la capacitación del personal de enfermería de dos Institutos Nacionales de Salud.

El proceso educativo se encuentra influenciado por diversas teorías pedagógicas que han resuelto mediante la educación continua las necesidades académicas, formativas en los profesionales de enfermería, valoriza su trabajo, es proactivo, analítico, mejora la productividad, proporciona cuidados seguros y de calidad que se reflejan en mejores resultados en la atención de los pacientes. (SEGO ,1998. Progresos de Obstetricia y ginecología).

Metodología

Diseño: El presente trabajo es una investigación de campo, en la cual los datos e información se extrajeron directamente de la realidad, mediante encuesta, con el objetivo de dar respuesta a la situación planteada.

La fuente principal fueron Enfermeras del Servicio de maternidad de Sanatorio Modelo Quilmes, de la ciudad de Quilmes, Provincia de Buenos Aires.

Tipo de estudio: Descriptivo (transversal, cuantitativo)

Estas investigaciones, denominadas también investigaciones diagnosticas se basan en la recopilación de datos que describen acontecimientos y luego organiza, tabula, representa y describe dicha recopilación(Abreu, 2012).

El estudio es descriptivo porque se anuncian e identifican las variables a estudiar.

Cuantitativo ya que luego de la recolección de datos es posible otorgarles un valor y proceder a su tabulación, medición e interpretación.

Transversal porque se realiza en un periodo determinado en la población seleccionada.

Área de estudio:

Universo: Todas las Enfermeras que trabajan en el Servicio de Maternidad en el Sanatorio Modelo Quilmes.

Población: Corresponde a las 24 Enfermeras que trabajan en el servicio de maternidad, durante la recolección de datos en el periodo de julio- septiembre del 2020.

Muestra: Compuesta por todas las enfermeras pertenecientes al servicio de maternidad, correspondientes a todos los turnos (mañana-tarde-noche), en el periodo de julio- septiembre del 2020.

Unidad de análisis

Cada una de las Enfermeras del Servicio de Maternidad, del Sanatorio Modelo Quilmes, Bs Aires. Argentina.

Respetando la confidencialidad y consentimiento informado.

Criterios de inclusión

- Enfermeras que trabajen en el Servicio de Maternidad en el Sanatorio Modelo Quilmes.
- Enfermeras que deseen participar de la encuesta.

Criterios de exclusión

- Enfermeras que no deseen participar
- Personal de salud que no corresponda al área de Enfermería.
- Enfermeras que no trabajen en el servicio de maternidad.

Fuente de datos

La fuente de información primaria, son las enfermeras del Servicio de Maternidad, del Sanatorio Modelo Quilmes, las cuales serán entrevistadas en el periodo de Julio-septiembre del 2020.

Recolección de datos

Para realizar las entrevistas, se solicita autorización a las enfermeras del servicio de maternidad del Sanatorio Modelo Quilmes, las cuales por mayoría decidieron realizarla de forma anónima.

Instrumento de recolección de datos

Encuesta con preguntas abiertas y cerradas, de forma anónima y voluntaria a las Enfermeras del Servicio de Maternidad, del Sanatorio Modelo Quilmes.

Cada encuesta fue acercada a cada Enfermera del Servicio de Maternidad, donde se explica y evacua las dudas que surgiera en algún ítem.

Luego de la explicación, se brinda privacidad para la realización de las entrevistas y posteriormente a su finalización se deja una caja en el servicio, donde todas las profesionales podrán dejar sus entrevistas de forma anónima.

Procesamiento de datos

Los datos obtenidos a través de las entrevistas, serán volcados a una planilla de Excel para su posterior análisis e interpretación de datos.

Se realizara tabla y gráficos con los resultados obtenidos.

Variables

Estudiar la operacionalización de las variables, es un proceso que consiste en llevar una variable de un nivel abstracto a un plano concreto. Su función básica es precisar al máximo el significado que se le otorga a una variable en determinado estudio.

Según (Canales 1994) "Operacionalizar las variables, significa explicar cómo se miden; a este proceso otros autores lo nombran Construcción de Variables, justificando que se da toda una elaboración de conceptos, definiciones e indicadores".

VARIABLES	INDICADORES
EDAD	25-35 AÑOS 36- 40 AÑOS 41-50 AÑOS
NIVEL ACADEMICO ALCANZADO	ENFERMERA UNIVERSITARIA Licenciada en enfermería
Formación académica continua	Si No
Carga horaria diaria laboral	8 horas Más de ocho horas
Tiempo del ejercicio de la profesión	1-5 años 6-10 años Más de 10 años
Tiempo del ejercicio de la profesión en el servicio de maternidad	1 mes- 1 año 2- 5 años Más de cinco años
Enfermeras que trabajan en otra institución	Si No
Atención a pacientes con preeclampsia	Si No
Reconoce signos y síntomas de la preeclampsia	1-3 signos y síntomas 4-6 signos y síntomas Más de seis signos y síntomas
Procedimientos empleados en la atención a pacientes con preeclampsia	1-3 procedimientos 3-5 procedimientos Más de seis procedimientos
Recibimiento de capacitación en el servicio de maternidad	Si No
Técnicas expresadas al pacientes para el autocuidado por parte de las enfermeras	Ningún Autocuidado 1-3 cuidados 4-6 cuidados

Tablas y gráficos

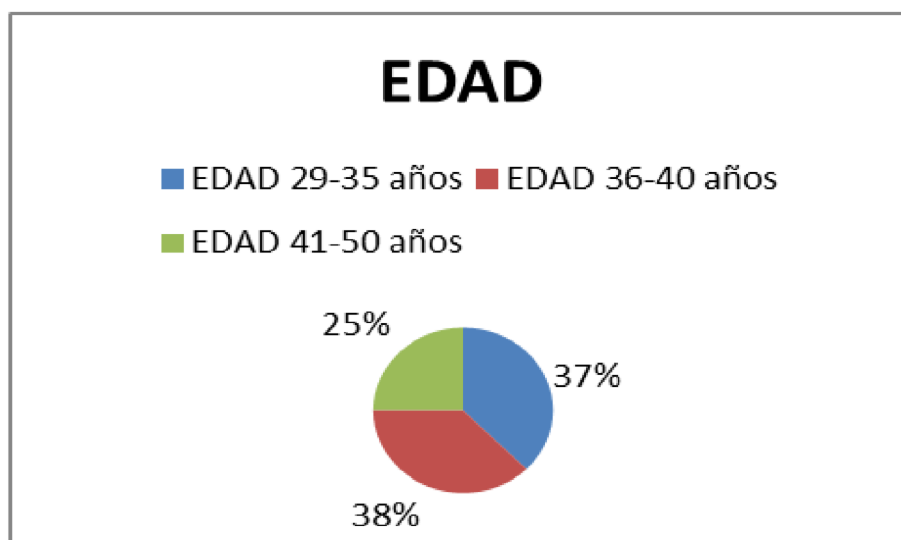
Durante la recolección de datos el llenado de los resultados fue de forma rápida y sencilla, donde los resultados fueron cuantitativos.

Tabla N°1. EDAD

Edad de Enfermeras del Sanatorio Modelo Quilmes, del Servicio de Maternidad en el periodo de julio a septiembre del 2020.

EDAD	Enfermeras	PORCENTAJE
29-35 años	9	37,5%
36-40 años	9	37,5%
41-50 años	6	25%
Total	24	100 %

Gráfico N° 1. EDAD



Fuente: Encuesta de elaboración propia realizada a Enfermeras del Servicio de Maternidad, del Sanatorio Modelo Quilmes, en el periodo de julio- septiembre del 2020.

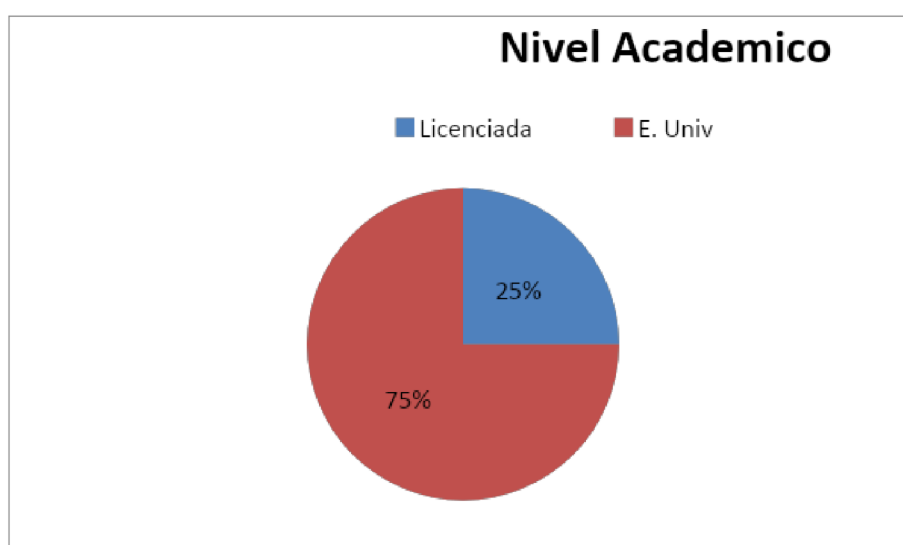
En la interpretación de los datos el rango etario predominante son Enfermeras de entre 29 a 35 años con un 37,5%. Entre 36 y 40 años un 37,5 % de Enfermeras y el 25% corresponde a la edad de 41 a 50 años.

Tabla N° 2. NIVEL ACADEMICO

Nivel académico alcanzado de las enfermeras del servicio de Maternidad del Sanatorio Modelo Quilmes.

NIVEL ACADEMICO ALCANZADO	Enfermeras	PORCENTAJE
Enfermera Universitaria	18	75%
Licenciatura en Enfermería	6	25%
Total	24	100 %

Gráfico N° 2. NIVEL ACADEMICO



Fuente: Encuesta de elaboración propia realizada a enfermeras del Servicio de Maternidad en el Sanatorio Modelo Quilmes, Bs As, Argentina en el periodo de julio a septiembre del 2020.

En la interpretación de los datos se refleja que el 75% son Enfermeras Universitarias, dando una minoría del 25% de Licenciadas en Enfermería.

Tabla N° 3. FORMACION ACADEMICA CONTINUA

Continuidad de las enfermeras del Servicio de Maternidad que estudian.

FORMACION ACADEMICA CONTINUA	Enfermeras	PORCENTAJE
SI	12	50%
NO	12	50%
TOTAL	24	100%

Gráfico N° 3. FORMACION ACADEMICA CONTINUA



Fuente: Encuesta de elaboración propia a enfermeras del Servicio de Maternidad, del Sanatorio Modelo Quilmes, en el periodo de julio a septiembre del 2020

Los datos obtenidos en el Servicio de Maternidad, refleja que el 50 % de las enfermeras continúa con su formación académica.

Tabla N° 4.CANTIDAD DE HORAS DIARIAS

Se detalla cantidad de horas diarias trabajan enfermeras del Servicio de Maternidad durante el periodo julio- septiembre del 2020 en el Sanatorio Modelo Quilmes

Cantidad de horas	Enfermeras	Porcentaje
8 horas	21	87%
Más de 8 horas	3	13 %
Total	24	100%

Gráfico N° 4. CANTIDAD DE HORAS DIARIAS



Fuente: Encuesta de elaboración propia a Enfermeras del Servicio de Maternidad en el Sanatorio Modelo Quilmes durante el periodo de julio- septiembre del 2020.

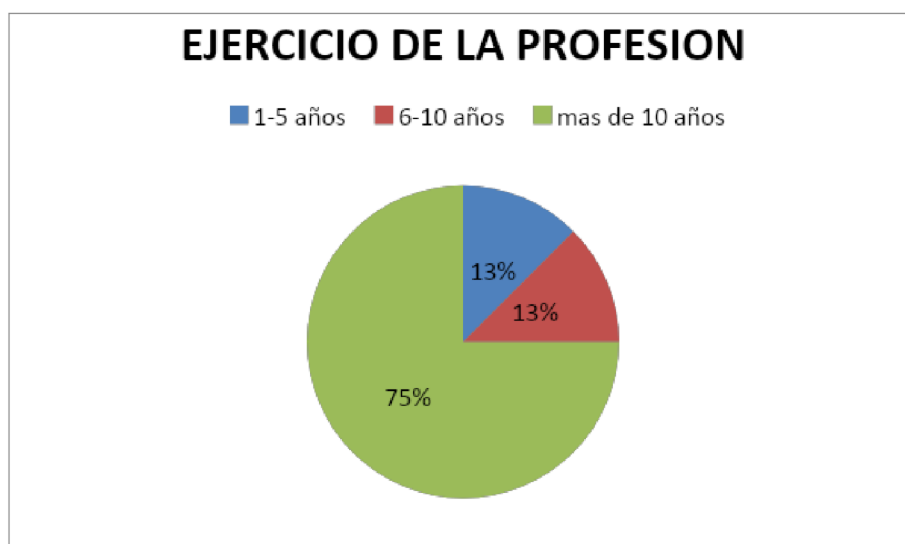
En la interpretación de los datos, se puede obtener que el 87 % de las Enfermeras cumplen con la carga horaria de 8 horas diarias, dando como resultado minoritario del 13% enfermeras con mayor carga horaria.

Tabla N° 5. Ejercicio de la profesión

Se detalla el tiempo que las Enfermeras del Servicio de Maternidad, del Sanatorio Modelo Quilmes se encuentran ejerciendo Enfermería.

EJERCICIO DE LA PROFESION	Enfermeras	PORCENTAJE
1- 5 AÑOS	3	12,5%
6-10 AÑOS	3	12,5%
MAS DE 10 AÑOS	18	75%
TOTAL	24	100%

Gráfico N° 5. Ejercicio de la profesión



Fuente: Encuesta de elaboración propia a Enfermeras del servicio de Maternidad del Sanatorio Modelo Quilmes en el periodo de julio- septiembre del 2020.

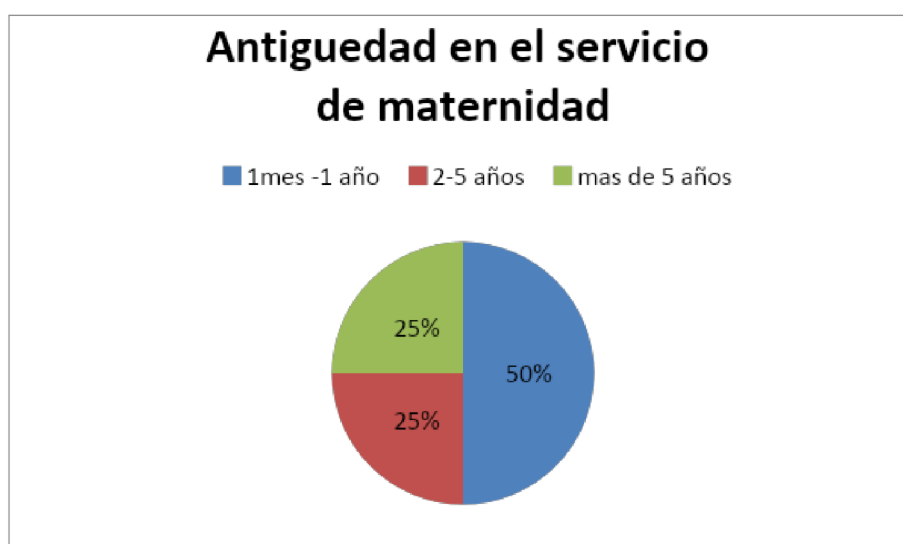
Los datos obtenidos reflejan que el 75% de las Enfermeras ejerce Enfermería hace más de 10 años, el 13% de 6 a 10 años y el 12% de las Enfermeras tiene una antigüedad de 1 a 5 años.

Tabla N° 6. ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO DE MATERNIDAD

Tiempo del ejercicio en el Servicio de Maternidad en el Sanatorio Modelo Quilmes enfermeras encuestadas desde julio a septiembre del 2020.

ANTIGUEDAD EN EL SERVICIO DE MATERNIDAD	Enfermeras	PORCENTAJE
1 mes- 1 año	12	50%
2-5 años	6	25%
Más de 5 años	6	25%
Total	24	100%

Gráfico N° 6. ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO DE MATERNIDAD



Fuente: Encuesta de elaboración propia a enfermeras del Servicio de Maternidad, del Sanatorio Modelo Quilmes, en el periodo de julio a septiembre del 2020.

En la interpretación de los datos, se puede obtener que el 50% de las Enfermeras están en el Servicio de Maternidad hace un mes 1 año, el 25% de 2 a 5 años y el 25% restante hace más de cinco años.

Tabla N° 7. TRABAJO EN OTRA INSTITUCION

En la siguiente tabla se detalla cantidad de enfermeras del Servicio de Maternidad que trabajan en otra institución además del Sanatorio Modelo Quilmes.

TRABAJO EN OTRA INSTITUCION	Enfermeras	PORCENTAJE
SI	3	12.5%
NO	21	87.5%
TOTAL	24	100%

Gráfico N° 7. TRABAJO EN OTRA INSTITUCION



Fuente: Encuesta de elaboración propia a enfermeras del servicio de Maternidad del Sanatorio Modelo Quilmes, en el periodo de Julio- septiembre del 2020.

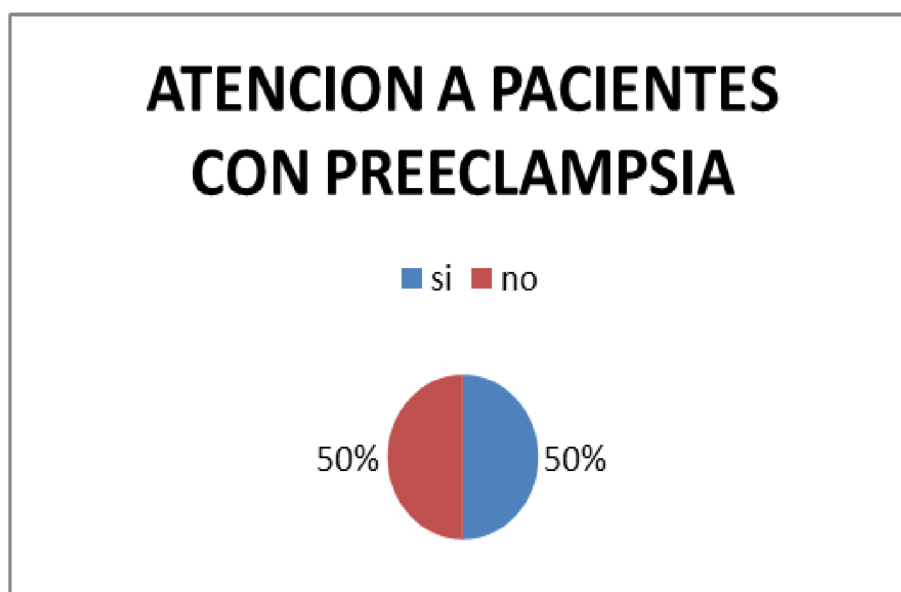
Los datos obtenidos reflejan que el 87,5% de las Enfermeras trabaja solamente en el Sanatorio Modelo Quilmes, dando como minoría del 12.5 % las Enfermeras que trabajan en otra Institución.

Tabla N°8. ATENCION A PACIENTES CON PREECLAMPSIA

La siguiente tabla se refleja la atención de Pacientes con preeclampsia por parte de las enfermeras del Sanatorio Modelo Quilmes

Atención a ptes con preeclampsia	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	12	50%
NO	12	50%
TOTAL	24	100%

Grafica N° 8. ATENCION A PACIENTES CON PREECLAMPSIA.



Fuente: Encuesta de elaboración propia a enfermeras del Servicio de Maternidad del Sanatorio Modelo Quilmes, durante el periodo de julio-septiembre del 2020.

Los datos obtenidos reflejan que hubo atención de pacientes con preeclampsia en un 50%.

Tabla N° 9. Reconocimiento de Signos y síntomas en la preeclampsia

En la siguiente tabla se detalla la cantidad de signos y síntomas nombrados por las enfermeras del Servicio de Maternidad del Sanatorio Modelo Quilmes en el periodo de julio- septiembre del 2020.

Cantidad de signos y síntomas	Enfermeras	PORCENTAJE
1 A 3	15	62.5%
MAS DE TRES	9	37,5 %
TOTAL	24	100%

GRAFICO N° 9. Reconoce Signos y síntomas de la preeclampsia.



Fuente: Encuesta de elaboración propia a enfermeras del Servicio de Maternidad del Sanatorio Modelo Quilmes, en el periodo de julio- septiembre del 2020.

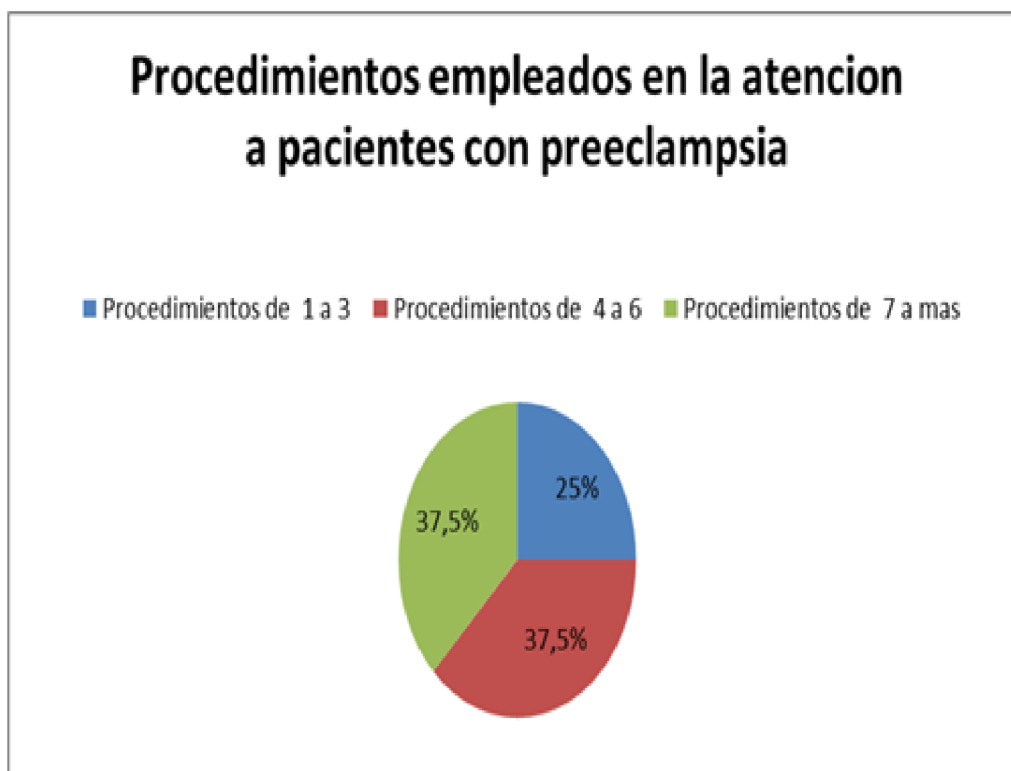
La interpretación de los datos obtenidos, nos demuestra que el 62,5% de las Enfermeras reconoce como máximo tres scores de riesgo, siendo el porcentaje menor de 37,5% las Enfermeras que superan los tres scores.

Tabla N° 10. PROCEDIMIENTOS EMPLEADOS EN LA ATENCION

En la siguiente tabla se detalla cuantos son los procedimientos empleados en la atención a pacientes con preeclampsia por parte de las enfermeras del Sanatorio Modelo Quilmes.

Procedimientos empleados	Enfermeras	Porcentaje
1 a 3	6	25 %
4-6	9	37,5%
7 a mas	9	37.5 %
Total	24	100 %

Gráfico N° 10. PROCEDIMIENTO EMPLEADO EN LA ATENCION



Fuente: Encuesta de elaboración propia a enfermeras del Servicio de Maternidad del Sanatorio Modelo Quilmes, en el periodo de julio- septiembre del 2020.

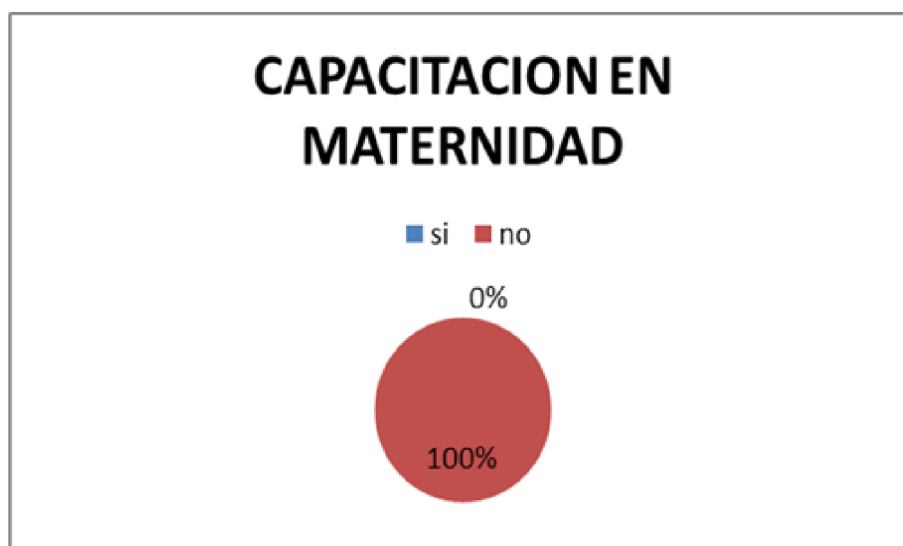
Los datos observados refleja que el 37,5% emplea de 4 a 6 % procedimientos, otro 37,5% emplea de 7 a más procedimientos, dando como minoría de un 25 % las Enfermeras que empleados menos de 3 procedimientos.

Tabla N° 11. CAPACITACION EN MATERNIDAD

En la siguiente tabla se detalla si las enfermeras del Sanatorio Modelo Quilmes del Servicio de Maternidad reciben capacitación.

CAPACITACION	Enfermeras	PORCENTAJE
SI	0	0
NO	24	100%
TOTAL	24	100%

GRAFICO N° 11.CAPACITACION EN MATERNIDAD



Fuente: Encuesta de elaboración propia a enfermeras del Servicio de Maternidad en el Sanatorio Modelo Quilmes, en el periodo de julio-septiembre del 2020.

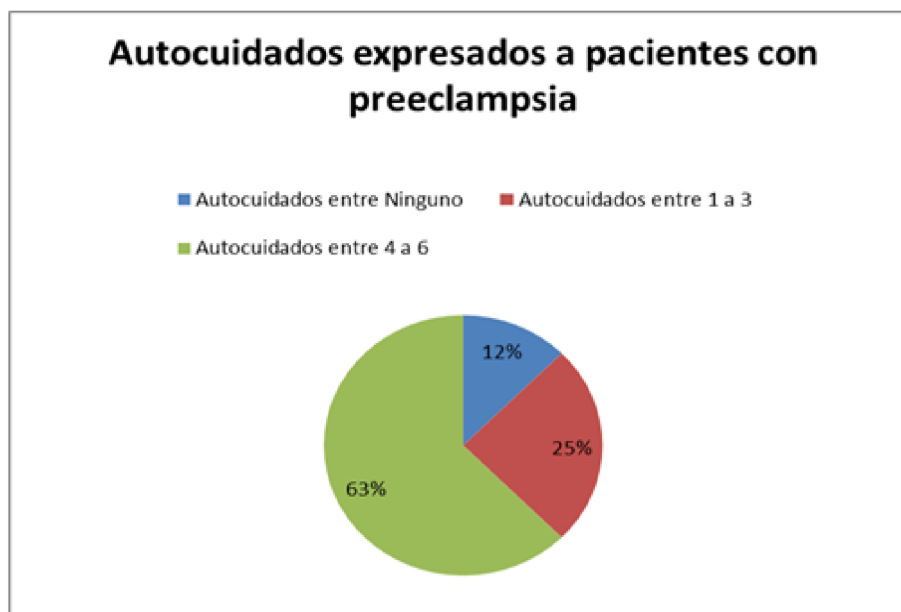
Los datos obtenidos reflejan que el 100% de las Enfermeras no recibe capacitación dentro de la institución.

Tabla N° 12. ENSEÑANZA DE AUTOCUIDADOS

En la siguiente tabla se detalla cuantos autocuidados enseñan y refieren a las pacientes con preeclampsia las enfermeras del Servicio de Maternidad del Sanatorio Modelo Quilmes.

Cantidad de autocuidados	Enfermeras	Porcentaje
Ninguno	3	12.5 %
1 a 3	6	25%
4 a 6	15	62,5%
Total	24	100%

Gráfico N° 12.AUTOCUIDADOS



Fuente: Enfermeras del Servicio de Maternidad del Sanatorio Modelo Quilmes en el Periodo de julio- septiembre del 2020.

La interpretación de los datos obtenidos, nos muestra que el 12% de las Enfermeras no refiere ningún autocuidado, el 25% refiere e 1 a 3 cuidados, mientras que el 63 % de las Enfermeras recomienda más de tres autocuidados a las pacientes.

Conclusión

Luego del análisis del trabajo de investigación, con una muestra total de 24 Enfermeras, del Servicio de Maternidad, del Sanatorio Modelo Quilmes, Buenos Aires, Argentina, se evidencia que el rango etario predominante correspondiente a la edad de 29 a 35 años y de 35 a 40 años, dando entre ambos rangos la sumatoria del 75%, dando como minoría de una 25 % del total con la edad de 41 a 50 años.

Académicamente el 75% de las Enfermeras entrevistadas son Enfermeras Universitarias (Título de pregrado), dando como resultado un 25% de Licenciadas en Enfermería (Título de Grado), y del 75% de Enfermeras Universitarias, el 50 % de las mismas continúa con sus estudios para llegar al título de grado de Licenciada.

La carga Horaria de las Enfermeras del Sanatorio Modelo Quilmes es de 8 horas diarias, de las cuales solamente el 13% del total de enfermeras, tiene una carga mayor de horas, por trabajar en otras instituciones.

El mayor porcentaje de Enfermeras ejerce hace más de 10 años, dando un 25% de Enfermeras con una antigüedad de 1 año a 9 años.

Estos valores varían al considerar hace cuanto se encuentran trabajando en el Servicio de Maternidad en el Sanatorio Modelo Quilmes, ya que el 50 % de las Enfermeras se encuentra en el Servicio hace 1 mes- 1 año, el 25% de 2 a 5 años y el 25% restante hace cinco años. Esto sucede por el sistema de rotación que se encuentra en el establecimiento, por lo cual se renueva continuamente el personal de Enfermería, manteniendo en su menor porcentaje Enfermeras fijas en el Sector.

La patología elegida para llevar a cabo la investigación en el Sanatorio Modelo Quilmes, con las 24 Enfermeras, el 50% de ellas, nunca atendió pacientes con preeclampsia.

A la hora de reconocer signos y síntomas, el mayor porcentaje de las Enfermeras no reconoce más de tres, pudiendo dificultar su atención de forma eficaz.

Al ser la enseñanza de Enfermera a Enfermera, los procedimientos al momento de atención, son variados, de las cuales la mayoría aplica de 4 a más procedimientos concluyendo a un porcentaje del 37,5%, mientras que el resto de las Enfermeras, realiza los procedimientos básicos, como datos personales del paciente, control de signos vitales y motivo de consulta.

A pesar de los procedimientos realizados, el Sanatorio Modelo Quilmes, mantiene un protocolo que no fue cambiado en el transcurso del tiempo.

La enfermera es intermediaria entre medico/partera y paciente.

El primer paso es preguntar el motivo de atención.

-Control de signos vitales.

- Dar aviso a partera de lo sucedido.

En caso de necesidad de avisa a ginecólogo de guardia, el cual no se encuentra en la institución.

Este es uno de las debilidades del sanatorio, ya que la demora del médico en caso de emergencia puede ser crucial.

En el Sanatorio Modelo Quilmes, no hay capacitaciones relacionadas al Servicio de Maternidad, por lo cual el total de las 24 Enfermeras, no recibe capacitación dentro del establecimiento.

El 25% de las Enfermeras realizan capacitaciones particulares, fuera del establecimiento, de las cuales, no todas se relacionan con el Servicio de Maternidad.

Las 24 Enfermeras del Servicio de Maternidad del Sanatorio Modelo Quilmes, al momento del autocuidado recomendado a las pacientes, dan de 1 a 3 pautas de alarma, variando de enfermera a enfermera, entre ellos son el control de TA diario, y ante cualquier inquietud la paciente se acerque a la brevedad a consultar al Servicio de Maternidad, para poderle brindar una atención rápida y optima, evitando cualquier emergencia.

Bibliografía

- 1- Apuntes y Notas de Enfermería (2008) Materno Infantil.
- 2- Albacete (2003) Preeclampsia- eclampsia
- 3- Gómez- Mejía B (2004). F. Proyecto- Problema: una alternativa de educación continúa en la mejora de los servicios de Enfermería.
- 4- Cerqueira MT (1997). La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina
- 5- Chiodelli SN, Lenise PM (2007) Educación continua en el trabajo.
- 6- De la Fuente (2016). P. Hipertensión y embarazo.
- 7- Donat Colomer (2000) Enfermería Maternal y ginecológica.
- 8- Enfermería Materno Infantil (2010) Editorial Latinoamericana
- 9- Membreño Gutiérrez E. (2015) Enfermería Materno Infantil II.
- 10- Menéndez G. (2012) El embarazo y sus complicaciones. Revista de obstetricia y ginecología.
- 11- Libro "Enfermería Materno Infantil II". (2015)
- 12- Libro "Signos vitales".
- 13- Távara L. (2012) Capacitación en preeclampsia- eclampsia.
- 14- Océano/ Ergo (2014) Problemas de la salud en el embarazo.
- 15- PROCAD de la fundación "PROF. Dr. JUAN GARRAHAM" (2009) Enfermería Pediátrica.
- 16- Rufino Portillo G (2004) Preeclampsia- Eclampsia
- 17- SEGO (1998) Progresos de Obstetricia y ginecología.
- 18- Towle, Iary Ann (2019) Asistencia de enfermería Materno Infantil.
- 19- VV.A.A (2020). Editorial Elsevier. Cuidados de Enfermería Materno Infantil.
- 20- Vademécum (2019) www.anmat.gov.ar

Anexos

Se adjunta encuesta realizada a Las Enfermeras del Sanatorio Modelo Quilmes del Servicio de Maternidad, Bs As, Argentina.

Consta de 12 preguntas, donde 8 son cuantitativas y 4 preguntas a desarrollar.

La entrevista es de forma anónima teniendo en cuenta los tres turnos y las Enfermeras que quisieran participar.

Entrevista:

Nombre:

Edad:

Nivel de enfermería:

¿Continúa estudiando?:

¿Que estudia?:

¿Cuántas horas semanales trabaja?:

¿Hace cuánto ejerce enfermería?:

¿Hace cuánto trabaja en el servicio de maternidad?:

¿Trabaja en otra institución?:

En el área de maternidad ¿ha tenido pacientes con preeclampsia?

¿Reconoce signos y síntomas de las pacientes con preeclampsia?

¿Cuál es el procedimiento empleado en la atención de enfermería?

¿Recibió capacitación en el servicio de enfermería materno infantil?

¿Cuáles son las prácticas de enfermería empleadas en el auto cuidado de pacientes embarazadas con hipertensión?

Diagrama de Gantt

ETAPA MES/AÑO	01 AL 03/20	04 AL 06/20	07 AL 09/20	10/20	11/20	12/21	02/22	03/22 04/22	7/22
TEMA									
PREGUNTA/PROBLEMA									
OBJETIVO GENERAL									
OBJETIVOS ESPECIFICOS									
MARCO TEORICO									
DISEÑO METODOLOGICO									
METODO DE INVESTIGACION									
BIBLIOGRAFIA									
CONFECCION DEL PROYECTO									
ENTREGA DEL PROYECTO									
PREPARACION DE TESIS									
ENTREVISTAS									
MODIFICACIONES DE TESIS									
VARIABLES Y RESULTADOS									
TABLAS Y GRAFICOS									

CONCLUSION									
ANEXOS									
ENTREGA DE TESIS									