

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS FACULTAD DE  
MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA  
MÉDICA  
UNIDAD DE POST GRADO**



**COMPETENCIAS EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS  
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES POR  
LAS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL  
HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ, PRIMER SEMESTRE  
2013.**

**POSTULANTE: Lic. Victoria Valencia Yana**

**TUTOR: Dr. Daniel Cárdenas Sanchez**

**TESIS DE GRADO PRESENTADA PARA OPTAR AL  
TÍTULO DE MAGISTER SCIENTIARUM  
EN ENFERMERIA MATERNO PERINATAL**

**LA PAZ-BOLIVIA  
2013**

**COMPETENCIAS EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS  
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES  
POR LAS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL  
HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ, PRIMER SEMESTRE  
2013**

## **AGRADECIMIENTO**

Manifiesto mi sincero agradecimiento y respeto al Hospital de la Mujer, por abrir sus puertas y brindarme esta oportunidad para que pueda realizar este trabajo.

Al Dr. Daniel Cárdenas Sánchez por su valioso conocimiento y apoyo brindado.

A las Profesionales colegas en Enfermería que hicieron posible su participación y haber compartido sus saberes y experiencia.

**Lic. Victoria Valencia Yana**

## **DEDICATORIA**

Dedicado a mis dos hijas, quienes entendieron durante este tiempo mi preocupación y dedicación al presente trabajo, gracias por su tiempo y amor constante.

## **RESUMEN**

Los Hospitales en el mundo, tienen calidad en los servicios dependientes de la gestión de sus profesionales por competencias, la competencia profesional es la capacidad de las personas para utilizar los conocimientos, habilidades y actitudes asociadas a su profesión para resolver los problemas en cada servicio de salud, así las enfermeras profesionales aplican competencias en sus servicios hospitalarios como en el Hospital de la Mujer donde se desarrolló la investigación de competencias en enfermeras profesionales que atienden los Trastornos Hipertensivos Gestacionales, con el objetivo de determinar las competencias en la calidad de atención de enfermería durante el primer semestre del 2013. Utilizando una investigación de tipo transversal, descriptivo realizado en el total de enfermeras profesionales entrevistadas en el Servicio de Obstetricia en todos sus turnos utilizando un instrumento de evaluación con una encuesta con preguntas y los resultados muestran una competencia positiva aplicación de conocimientos (63.2 %) y una actitud de dependencia a las ordenes estructuradas medicas del (68.4 %), con limitación en el desarrollo de las habilidades para realizar diagnóstico de enfermería en forma precoz (84.2 %). En este trabajo de investigación muestra la presencia de competencias profesionales no empoderadas; las mismas que deben ser reforzadas para lograr mejor calidad y acreditación del Hospital. Presentando una Guía de evaluación de competencias.

## **ABSTRACT**

Hospitals in the world, have dependent services quality management professional competence, professional competence is the ability of individuals to use knowledge, skills and attitudes associated to their work in order to solve problems in each health service so that professional nurses apply their skills in hospital services was done in Hospital de la Mujer where professional nurses caring competence was done these are the ones who assist Gestational Hypertensive disorders , aiming to identify competences in quality of nursing care was developed during the first half of 2013. Using a research -type cross-sectional descriptive made in total professional nurses interviewed in the Department of Obstetrics at all turns using an assessment tool with a structured survey questions and results show a positive application of knowledge competence (63.2 %) and an attitude of dependency on the medical orders (68.4 %), with limitations in the development of skills for nursing diagnosis in early (84.2 %). This research shows the presence of professional skills not empowered, all of which must be strengthened to achieve better quality and accreditation of the Hospital. Presenting a competency evaluation-guide.

## ÍNDICE

### PARTE INTRODUCTORIA

Índice de Contenido.....	I
Índice de Cuadros.....	IV
Acrónimos.....	VI

### INDICE DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
I. INTRODUCCIÓN .....	1
1.1. Planteamiento Del Problema .....	4
1.2. Pregunta Científica .....	5
II. ANTECEDENTES .....	6
III. JUSTIFICACIÓN .....	10
IV. OBJETIVOS .....	13
4.1. Objetivo general .....	13
4.2. Objetivos Específicos .....	13
V. VARIABLES .....	14
5.1. Variable dependiente.....	14
5.2. Variable independiente.....	14
5.3. Operacionalización de Variables .....	15
5.3.1 Variable Dependiente: Competencia Profesional en Enfermería .....	15
5.3.2. Variable Independiente: Trastorno Hipertensivo Gestacional.....	16
VI. MARCO TEÓRICO .....	17
CAPITULO I. Competencia Profesional en Enfermería.....	17
6.1. Introducción.....	17

6.2. Antecedentes y Situación Actual .....	18
6.3. Definición de Competencias laborales para enfermería .....	20
6.4. Que son las Competencias .....	20
6.5. Componentes Básicas.....	24
6.6. Mantenimiento de las Competencias Profesionales .....	24
6.7. Evaluación de la competencia profesional .....	25
6.7.1. Revisión de pares y evaluación de gestión .....	27
CAPITULO II. Trastorno Hipertensivo Gestacional .....	28
6.8. Definición.....	28
6.9. Clasificación .....	31
6.10. Factores de Riesgo .....	33
6.11. Patogenia .....	35
6.12. Etiología .....	36
6.13. Cuadro Clínico y Diagnóstico .....	37
6.14. Manejo Terapéutico.....	38
6.15. Tratamiento de la Hipertensión Arterial .....	38
6.16. Valoración y Planificación del cuidado de enfermería .....	47
6.17. Intervenciones de enfermería.....	50
6.18. Docencia en Hospitales.....	51
VII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	54
7.1. Tipo de Estudio .....	54
7.2. Área de Estudio.....	54
7.3. Universo y muestra .....	54
7.3.1. Población de referencia (Universo) .....	54
7.3.2. Población de Estudio (Muestra) .....	54



7.4. Unidad de análisis .....	55
7.5. Unidad de Observación .....	55
7.6. Criterio de inclusión .....	55
7.7. Criterio de exclusión .....	55
7.8. Método e instrumentos .....	55
7.8.1. Métodos.....	55
7.8.2. Instrumentos.....	56
7.8.3. Validación del instrumento y Prueba piloto.....	56
7.9. Aspectos éticos .....	56
7.9.1. Comisión científica u autoridades.....	57
7.10. Plan de Tabulación.....	57
7.11. Procesamiento de datos.....	57
7.12. Cuadros.....	57
VIII. RESULTADOS.....	58
IX. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	78
X. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	81
10.1. Conclusiones.....	81
10.2. Recomendaciones.....	82
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83
XII. ANEXOS .....	85
12.1. Anexo 1: Instrumento .....	86
12.2. Anexo 2: Solicitud de Cartas .....	87
12.3. Anexo 3: Consentimiento Informado .....	88
12.4. Anexo 4: Guía Competencias de Trastornos Hipertensivos Gestacionales ..	89

## **ÍNDICE DE CUADROS**

CUADRO N°1	Enfermeras profesionales que realizan el control de presión arterial en pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales.....	58
CUADRO N°2	Enfermeras Profesionales que usan bombas de infusión en pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales.....	59
CUADRO N°3	Ubicación de pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales en salas de internación, en el servicio de obstetricia del Hospital de la Mujer.....	60
CUADRO N°4	Control de líquidos ingeridos y eliminados realizada por profesionales de enfermería en pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales.....	61
CUADRO N°5	Enfermeras profesionales que usan Sonda Foley ante síntomas de pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales.,.....	62
CUADRO N°6	Frecuencia del control de peso por profesionales de enfermería en pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales.....	63
CUADRO N°7	Control rápido de proteínas por enfermeras profesionales en pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales.....	64
CUADRO N°8	Control de actividad uterina en pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales, en el servicio de obstetricia.....	65
CUADRO N°9	Control de enfermería del vasoespasmo en pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales, en el servicio de obstetricia.....	66
CUADRO N°10	Prescripción de NPO por enfermeras profesionales en pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales.....	67

CUADRO N°11 Causas de comunicación e involucramiento de los pacientes en el tratamiento por Trastornos Hipertensivos Gestacionales.....	68
CUADRO N°12 Identificación precoz de alteraciones cerebrales y visuales de pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales.....	69
CUADRO N°13 Control de oliguria por enfermería en pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales, en el servicio de obstetricia.....	70
CUADRO N°14 Enfermeras profesionales que identifican precozmente el edema pulmonar inicial en pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales.....	71
CUADRO N°15 Comunicación del estado de la paciente a otros profesionales de pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales.....	72
CUADRO N°16 Realización de acciones inmediatas por enfermería ante pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales.....	73
CUADRO N°17 Organización de tiempo del profesional de enfermería para la atención de pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales.....	73
CUADRO N°18 Enfermeras profesionales que colocan a la paciente en decúbito lateral izquierdo por Trastornos Hipertensivos Gestacionales.....	74
CUADRO N°19 Enfermeras que supervisan la dieta de las pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales.....	75
CUADRO N°20 Registro del diagnóstico de enfermería en el reporte de pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales, en el servicio de obstetricia.....	76
CUADRO N°21 Tiempo de trabajo del profesional de enfermeras en el área de obstetricia en el Hospital de la Mujer.....	77

## ***ACRÓNIMOS***

<b>CIES</b>	Centro de Investigación, Educación y Servicios.
<b>CISTAC</b>	Centro de investigación social, Tecnología de capacitación.
<b>ENDSA</b>	Encuesta Nacional de Demografía y Salud.
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estadística.
<b>MSD</b>	Ministerio Salud y Deportes.
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud.
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>SUMI</b>	Seguro Universal Materno Infantil.
<b>UNFPA</b>	Fondo de población de las Naciones Unidas.
<b>UNICEF</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la infancia.
<b>OIT</b>	Organización Internacional del Trabajo
<b>CINTERFOR</b>	Centro Interamericano de Investigación y Documentación sobre la Formación Profesional
<b>NPO</b>	Nada por vía oral
<b>PRN</b>	Por razones necesarias
<b>UCI</b>	Unidad de cuidados intermedios
<b>UTI</b>	Unidad de terapia intensiva
<b>PA</b>	Presión arterial
<b>PAS</b>	Presión arterial sistólica
<b>PAD</b>	Presión arterial diastólica
<b>RCIU</b>	Restricción del crecimiento fetal intrauterino

# DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

## I. INTRODUCCIÓN

Los Hospitales, como empresas que prestan servicios a la población, hacen un uso intensivo de recursos humanos altamente cualificados. Si pretendemos que estos servicios sean de calidad, habrá que asegurar la competencia de los profesionales en enfermería. La evaluación de la competencia clínica es, por lo tanto, un objetivo de las instituciones involucradas en la formación y utilización de los profesionales. Por ello, está aumentando el número de países donde se considera necesaria la evaluación de la competencia de los profesionales y se están incorporando a nuestro lenguaje conceptos relativamente nuevos, como certificación, recertificación, acreditación o evaluación de la competencia. La cultura evaluativa de nuestro país ha estado basada fundamentalmente en los métodos tradicionales y muy pocos expertos se han atrevido a valorar, de forma objetiva, la práctica clínica.

Considero que este estudio prevé una base para trabajos prospectivos. La existencia del Trastorno Hipertensivo Gestacional es la complicación más común del embarazo y es una causa importante de morbilidad materna y peri natal en el mundo, el término de Trastorno Hipertensivo Gestacional, describe un amplio espectro de condiciones en las que la presión arterial varía ampliamente, su etiología aún es desconocida. (6)

Su prevalencia varía entre el 7 y el 10% de la población gestante. Afectan preferentemente a mujeres en edades extremas: menores de 15 y mayores de 35 años de edad, y sin antecedentes cardiovasculares o renales, tiene la característica reversible en el posparto. (11)

La incidencia es variable entre el 2 y el 30% y depende de las características Sociodemográficas de la población evaluada; así como el trastorno hipertensivo gestacional y los diferentes criterios usados para realizar el diagnóstico de la enfermedad.

El fenómeno mortalidad materna y peri natal, para cualquier institución de salud es preocupante, independientemente de la magnitud de su índice, pues el simple hecho de que exista, cuestiona la organización de la atención que ofrecen dichas instituciones, así como la calidad de la misma.

El rol asignado a la enfermera establece una buena relación de confianza con la paciente, de ésta manera puede determinar (en conjunto con la paciente) el inicio de la sintomatología o señales que indique peligro para la vida de la madre - hijo y familia. Así nos permitirá brindar un seguimiento continuo de los cuidados de las usuarias, conformándose como una herramienta adecuada en la actualización de sus conocimientos y la base de su práctica; contribuyendo así en la prevención y detección temprana de las complicaciones.

Como una perspectiva en la profesión, las enfermeras en clínica avanzada tienen una base científica amplia en el cuidado del paciente en diversas patologías.

Se realizará la primera investigación sobre Competencia profesional de Enfermería en la calidad de atención de los trastornos hipertensivos Gestacionales en el servicio Obstetricia del Hospital de la Mujer, esto me motivó a conocer la atención que brinda dicho personal ante éste tipo de pacientes, al aplicar encuestas para valorar los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes, esto nos permitirá detectar debilidades en su manejo, brindando así recomendaciones ante el cuidado de ésta patología fortaleciendo los conocimientos y prácticas.

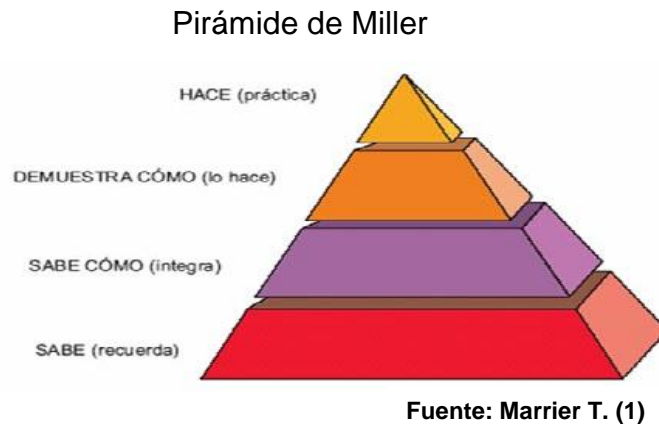
Debiendo resaltar las técnicas de diagnóstico de los trastornos hipertensivos Gestacionales es sencillo, económico y eficaz, empleados en este estudio, capaces de determinar con competencias de enfermería en relación al estándar de calidad de las complicaciones más frecuentes de una mujer

gestante, se puede ejecutar determinando con precisión y certeza en la atención con programas de control y prevención, empleando una guía de protocolos que evitara serio daño Materno Peri natal.

Ante esta disyuntiva se deben buscar estrategias capaces de dar solución al problema de morbimortalidad materno peri natal con recurso humano de enfermería así prevenir dichas complicaciones hipertensivas que permitan reducir el grado de exposición.

## 1.1. Planteamiento Del Problema

Los trastornos hipertensivos gestacionales es un problema no solo de Bolivia sino a nivel mundial durante el embarazo y después de este, a pesar de los avances en los países desarrollados.



De acuerdo con la pirámide de Miller hay cuatro niveles de evaluación por orden de complejidad. En la base de la pirámide están: a) *los conocimientos* que un profesional necesita **saber** para desarrollar sus tareas profesionales con eficacia; b) en el nivel superior estará la **capacidad** para *saber cómo utilizar* estos conocimientos para analizar e interpretar los datos obtenidos. Esta capacidad se define como *competencia*. c) No tan solo es preciso conocer o saber cómo utilizar sino también es necesario **demostrar cómo se utilizan**. Es decir, es necesario conocer *la actuación* de un profesional frente a una situación clínica específica. d) Finalmente, no obstante, es preciso **conocer lo que un profesional hace** realmente en su *práctica* laboral

Se observa la frecuencia de mujeres gestantes internadas por presentar trastornos hipertensivos que conlleva a complicaciones de Morbimortalidad materna, Las mismas que requieren de una atención precozmente tratados, empleando los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes del profesional de enfermería para garantizar una atención con racionalidad científica y con un propósito de dar respuesta al derecho de la salud.(17)



La calidad de los servicios sanitarios depende de las competencias de los profesionales. Es imprescindible, por lo tanto, definir y evaluar las competencias profesionales para mejorar la formación, asegurar la calidad y gestionar a los profesionales por competencias.

La competencia profesional es la capacidad de las personas para utilizar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a su profesión para resolver los problemas que se le planteen.

La selección de los profesionales ha de utilizar instrumentos objetivos de evaluación que nos permitan asegurar que disponen de las competencias necesarias para el lugar de trabajo y no estar basada exclusivamente en los méritos académicos o de investigación.

Un sistema de promoción dentro del lugar de trabajo y la única opción ha sido, hasta ahora, optar a cargos directivos. Es preciso diseñar un sistema de incentivación y promoción profesional que reconozca tanto la pericia como el cumplimiento de los objetivos asistenciales. (17)

## **1.2. Pregunta Científica**

¿Qué competencias profesionales garantizan la calidad de atención de trastornos hipertensivos gestacionales, realizadas por profesionales de enfermería en el Hospital de La Mujer?

## II. ANTECEDENTES

Los trastornos hipertensivos gestacionales constituyen un problema de salud, es la PRIMERA causa de muerte materna en los países desarrollados y la TERCERA causa de muerte materna en los países de vía de desarrollo, lo cual representa 4 defunciones por 100.000 nacimientos y 150 o más defunciones por 100.000 nacimientos. Son también causa de muerte fetal y neonatal, así como de recién nacidos. (18)

A nivel mundial se ha intentado controlar de manera preventiva la aparición de los cuadros clínicos severos relacionados a la hipertensión arterial durante la gestación sin lograr el éxito esperado. Estas entidades están muy relacionadas con las condiciones socioeconómicas de la población, lo cual hace imposible su desaparición del escenario clínico, su frecuencia se dispara en casos de madres solteras, embarazos no deseados, desempleados y desplazados, toda ésta una problemática es muy nuestra. Sin embargo, el pronóstico es susceptible de modularse mejorando el diagnóstico temprano. Su frecuencia estadística es variable. La incidencia de esta complicación obstétrica en diferentes series a nivel mundial, está entre un 6 y 30% del total de gestantes. (19)

Alrededor del año 585.000 mujeres en el mundo, mueren como consecuencia de complicaciones sufridas durante el embarazo. (22)

Cada tres minutos mueren en el mundo una mujer embarazada debido a la pre eclampsia, esta condición afecta entre 3 – 10% (promedio 5% de los embarazos), cada minuto en el mundo muere una mujer como consecuencia de complicaciones en el embarazo. Es la principal causa de muerte materna a nivel mundial; en Estados Unidos representa al menos el 15% de las muertes relacionadas con el embarazo. (20)

En países industrializados la muerte ha disminuido en forma considerable, es de 27 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, en los países en vías de desarrollo, la proporción es de 480 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. (16)

En Bogotá - Colombia los trastornos hipertensivos asociados al embarazo son muy frecuentes durante el control prenatal. En ese medio se presenta hasta en 10% de los embarazos. En la práctica diaria esta prevalencia tan importante se acompaña de gran morbilidad y mortalidad materna y perinatal, que es la principal causa, presentándose en el 5 – 7% de todos los embarazos. Es más frecuente en las primigestas (11%), La primera causa de muerte materna en ese país está asociada a desenlaces como abrupto placentario, falla renal aguda, complicaciones cerebro vasculares, coagulación intravascular diseminada, retardo de crecimiento intrauterino, parto pre término y muerte materna. La entidad obstétrica más relacionada con estos casos letales es la eclampsia, acompañada o agravada por el Síndrome HELLP. La manifestación hipertensiva más frecuentemente encontrada durante el embarazo es la pre eclampsia. Esta entidad aparece en gestaciones menores de 34 semanas en 35% de los casos. Cuando se encuentra la asociación de pre eclampsia y prematurez se conjuga el determinante clínico de 30% de las muertes perinatales en ese medio. Es así como la preclamsia es la segunda causa de muerte perinatal. (21)

En Perú la hipertensión arterial que ocurre durante la gestación constituye la principal causa de morbimortalidad materna y fetal, representando 17 al 21% de muertes, se relaciona con 17 al 25% de muertes perinatales y es causa principal de restricción del crecimiento fetal intrauterino (RCIU). Las complicaciones se acentúan con el diagnóstico tardío de la hipertensión arterial por lo que es importante el control frecuente y temprano de la mujer embarazada. Alrededor del 10% de las mujeres embarazadas presentan esta dificultad durante la gestación, generalmente aparecen el tercer trimestre, y

este porcentaje puede elevarse hasta el 20% si es su primer hijo. Las mamás primerizas están más propensas a presentar desorden de trastornos renales. (22)

En 1987 por la OMS, el UNICEF, el FNUAP, el BANCO MUNDIAL y otras organizaciones directamente interesadas en la salud materna, colocó la mortalidad materna en el primer plano de la salud pública internacional. Ello dio lugar a mejoras significativas de los conocimientos y puso de relieve la falta de equidad que se oculta tras la mala salud de las madres. La Iniciativa respaldó prácticas basadas en pruebas científicas y contribuyó a la declaración Conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial sobre reducción de la mortalidad materna. (23)

Cada año se registran unos 210 millones de embarazos. De los 130 millones aproximados de nacimientos anuales, alrededor de un 5 % de los casos se desarrollan complicaciones potencialmente mortales. Según las últimas cifras disponibles que se estima alrededor del año 585.000 mujeres en el mundo, mueren por complicaciones aparecidas durante el embarazo, el parto o el puerperio.

En las Américas, todos los días mueren 63 mujeres como consecuencia de complicaciones del embarazo, del parto y después del post parto. (24)

Para reducir la mortalidad y la morbilidad maternas y neonatales se requieren cambios y medidas a nivel de la comunidad.

La OMS emprendió la estrategia «Reducir los riesgos del embarazo» a fin de poner de relieve su compromiso con la iniciativa internacional para una maternidad sin riesgo. La estrategia enuncia las medidas prácticas que pueden adoptar los gobiernos, la sociedad civil y las mujeres de los países pobres para alcanzar las metas mundiales de reducir la mortalidad materna y neonatal. (24)

A nivel Nacional se identificó como la tercera causa de muerte en mujeres gestantes como complicaciones de la hipertensión arterial inducida por el embarazo.

En Bolivia La tasa de mortalidad materna está entre las más altas de América Latina, se estima 222 X 100.000 Nacidos vivos.

Según las estadísticas del Ministerio de Salud Pública y Previsión Social y la O.P.S. mueren como consecuencia de complicaciones de la hipertensión que aparece por primera vez durante la gestación a partir de las 20 semanas, en el trabajo de parto o en el puerperio y en la que la presión se normaliza después de terminar la gestación. (24)

En el Departamento de La Paz, por cada 100,000 nacidos vivos, mueren 345 mujeres por trastornos que sería el 80% de las muertes materna, 1 de cada 3 muertes maternas se produce durante el embarazo, parto y postparto.

El Hospital de la Mujer de la Paz siendo un Hospital de tercer nivel, alta complejidad, de referencia y docencia no cuentan con datos estadísticos de morbi mortalidad materno peri natal.

### III. JUSTIFICACIÓN

El perfeccionamiento de dichos recursos humanos, mediante la identificación de necesidades educativas contribuirá a elevar la calidad de la atención que se brinda a la población.

Por ser un hospital de tercer nivel de atención de alta complejidad por lo tanto es un centro donde se maneja a todas las mujeres embarazadas de alto riesgo obstétrico que son enviados de un segundo y primer nivel de toda la ciudad de La Paz, el Alto y las provincias.

Además es importante por las que se presentan las diversas complicaciones maternas y fetales, asociadas a: Desprendimiento prematuro de placenta, parto prematuro, insuficiencia cardiaca, edema agudo del pulmón, insuficiencia renal, daño hepatocelular, coagulación intravascular diseminada, accidente vascular encefálico, prematurez, síndrome del distrés respiratorio del neonato, retraso del crecimiento intra uterino, muerte fetal in útero, muerte fetal y materna, otros que derivan en el aumento de la tasa de morbimortalidad.

Teniendo en cuenta que esta enfermedad es una de las complicaciones médicas más frecuentes del embarazo, el propósito de esta investigación es importante para valorar los conocimientos de las profesionales de enfermería para el manejo de los trastornos hipertensivos gestacionales.

Falta de habilidades, destrezas, actitudes y prácticas del profesional en enfermería sobre el manejo del trastorno hipertensivo gestacional.

El personal profesional de enfermería sufre constantes cambios de servicios de acuerdo a normas internas de la Institución, sin respetar estudios realizados de la especialidad.

Por otro lado no cuentan con un manual de protocolos y procedimiento generales de enfermería, realizado por el SEDES, Ministerio de Salud y Deportes o por el mismo centro.

No existe una forma de evaluación de desempeño de las funciones de las licenciadas en enfermería en las actividades que realizan para fortalecer el manejo de dicha patología, y así elevar de forma sistemática, cualitativa el perfeccionamiento técnico profesional que posibilite la transformación y dar respuestas auténticas e inmediata en los servicios de salud, permitiendo el bienestar del binomio madre-hijo y familia.

La evaluación de competencia tiene como propósito contribuir al desarrollo del personal de enfermería, preparándolas para lograr un alto desempeño en sus actividades y dar respuesta a los problemas dentro del área científica de salud.

El manejo no solo es de los médicos sino también de enfermería por eso es importante una guía de competencia de calidad.

Este trabajo de investigación se plantea debido a esa inquietud, donde en mis roles de práctica en el servicio de Obstetricia del Hospital de la Mujer se observó alta incidencia de mujeres embarazadas con dichas complicaciones de Preeclamsia y Eclampsia.

Tiene este estudio su importancia debido a que esta patología influye en los diversos trastornos como en el desarrollo y rendimiento intelectual específicamente de los niños en crecimiento, como en las madres por su alto índice de morbi-mortalidad, al determinar los trastornos asociados a la hipertensión arterial del embarazo nos permitirá identificar, dar importancia y actuar en el momento preciso.

Se sabe, que el fenómeno mortalidad materna y peri natal, para cualquier institución de salud es preocupante, independientemente de la magnitud de su índice, pues el simple hecho de que exista, cuestiona la organización de la atención que ofrecen dichas instituciones, es importante señalar que existe el incremento del número de pacientes con esta patología, más ahora que se encuentra dentro de las prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) que son atenciones gratuitas, eleva los costos de atención y esto no es conveniente para un país con limitados recursos económicos.

A nivel nacional el trastorno hipertensivo gestacional ocupa el tercer lugar en las muertes maternas y una causa importante de morbi-mortalidad peri natal, ocasionando pérdidas irreparables tanto a nivel social como en el hogar, ya que la mujer es el pilar fundamental, es jefe de familia y en su mayoría son económicamente activa, sin embargo, es una enfermedad prevalente con tendencia al aumento, por eso es importante que las competencias profesionales garanticen la calidad de atención en esta patología

Además es un hospital importante donde se realizan docencias tanto de la ciudad de La Paz, El alto y las Provincias.



## **IV. OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo general**

Determinar las competencias de las profesionales de enfermería para la calidad de atención de los trastornos hipertensivos gestacionales del servicio de obstetricia en el Hospital de la Mujer de la Ciudad de La Paz, primer semestre del 2013.

### **4.2. Objetivos Específicos**

1. Conocer el manejo de los Trastornos Hipertensivos gestacionales de acuerdo a las competencias profesionales de enfermería del servicio de obstetricia del Hospital de la Mujer.
2. Identificar las competencias realizadas por enfermeras profesionales en el manejo de trastornos hipertensivos gestacionales.
3. Proponer una guía de competencias para el manejo de trastornos hipertensivos gestacionales por enfermeras profesionales.

## **V. VARIABLES**

### **5.1. Variable dependiente.**

#### **Competencias de la Profesional en Enfermería**

- Conocimientos
- Habilidades o destrezas
- Actitudes
- Años de experiencia laboral.

### **5.2. Variable independiente.**

#### **Trastorno Hipertensivo Gestacional**

- Hipertensión arterial
- Clínica
- Complicaciones
- Tratamiento.

### 5.3. Operacionalización de Variables

#### 5.3.1 Variable Dependiente: Competencia Profesional en Enfermería

**Definición conceptual:** Es un proceso y conjuntos como la integración de conocimientos, habilidades, conductas, actitudes y motivaciones que posee una persona, que le permiten transformar la realización exitosa de una actividad. (22)

**Dimensión Práctica:** Señala que la formación de competencias profesionales es un proceso que permite transformar a los profesionales, con la integración de conocimientos, habilidades, conducta, actitudes y años de experiencia laboral óptimas para un saber que se recibe y se interioriza, es decir, en la profesión es un compromiso que se asume como algo personal como punto de honor. (22)

DIMENSION DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO
<b>Conocimiento</b>	Entendimiento, inteligencia, razón natural en el dominio de las facultades de la persona.	Grado de Conocimiento	<u>Nominal</u> -Competente  -Aún no competente	Encuesta
<b>Destreza</b>	Es la capacidad y disposición que ejecuta con destreza una persona en cada una de las cosas que realiza	Habilidad Práctica	<u>Nominal</u> -Correcto  -Incorrecto	Encuesta
<b>Actitud</b>	Es la disposición de ánimo manifestada exteriormente hacia otra persona	Formas de actuar	<u>Nominal</u> -Correcto  -Incorrecto	Encuesta
<b>Experiencia Profesional</b>	Es la cantidad de trabajo laboral del personal en un lugar determinado	Años de Trabajo laboral	<u>Ordinal</u> 0 – 4 años 5 – 9 años 10 o más	Encuesta

### 5.3.2. Variable Independiente: Trastorno Hipertensivo Gestacional

**Definición conceptual:** Es la elevación de la presión arterial sistólica (PAS) que aumenta más de 60 mmhg, diastólica (PAD) más de 30 mmhg o de ambos por encima de los valores considerados como normales, estas fluctuaciones tensionales suceden tanto en pacientes normotensas como en aquellas hipertensas crónicas, considerando un embarazo de alto riesgo por pre eclampsia o eclampsia. (24)

**Dimensión Práctica:** La hipertensión gestacional es una enfermedad que conlleva a complicaciones médicas más frecuentes del embarazo o en el puerperio temprano, debido a las diversas alteraciones, diagnosticando, detección de los signos y síntomas y realizando tratamiento efectivo, oportuno se puede evitar que ocurra pre eclampsia y eclampsia con un buen manejo hospitalario. (24)

DIMENSION DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO
<b>Hipertensión arterial</b>	Entendimiento, inteligencia, razón natural en el dominio de la enfermedad y desarrollo de la preeclampsia y eclampsia.	Valoración de la Hipertensión arterial	-Normal -Hipertensa -Preeclampsia Severa -Eclampsia	Encuesta
<b>Clínica</b>	Prueba objetiva de la enfermedad, perceptible al examen médico.  Dato objetivo de la enfermedad o situación del paciente.	Signos y Síntomas	-Cefalea -Edemas -Síntomas Visuales -Proteinuria	Encuesta
<b>Complicaciones</b>	Ocurrencia de dos o más enfermedades en el mismo paciente	Características más frecuentes	-Convulsiones -Accidentes Cardiovasculares -Parto prematuro -R.P.M. -Síndrome de Hellp	Encuesta
<b>Tratamiento</b>	Asistencia o cuidado de un paciente, con la finalidad de combatir las enfermedades o los trastornos.	Esquema de tratamiento	-Antihipertensivos -Zuspan -Cirugía -Mixto	Encuesta

## **VI. MARCO TEÓRICO**

### **CAPITULO I. Competencia Profesional en Enfermería**

#### **6.1. Introducción**

La educación superior en enfermería, al igual que otras disciplinas del campo del saber científico humanístico, sienta sus bases en un cambio profundo en los servicios de salud para el progreso en cuanto a salud de la sociedad. Se apoya fundamentalmente en la transdisciplinariedad basada en el conocimiento, para la formación por competencias de los recursos humanos. A tal efecto, debe conocer e interpretar la realidad de sus acciones, programar, planificar estrategias para enseñar a conocer, a comprender, donde el conocimiento de la Enfermera resulta de vital importancia con la valoración del usuario y del entorno global en relación a la cultura y a la naturaleza, tomando en cuenta al ser humano en todas sus dimensiones: biológicas, físicas, psíquicas, culturales, sociales e histórica, con y el respeto por su individualidad, es decir los valores.

Así la bioética de la Enfermería ayuda a concebir la condición humana del hombre y de su entorno, en el cual el ser humano desarrolla consideraciones éticas de las dimensiones de la vida y la moralidad. La formación de competencias de enfermería debe hacer frente a las nuevas tecnologías en función de difundir y producir el conocimiento.

La formación de competencias profesionales de enfermería, requiere comunicación humanística con medios y recursos del entorno y de la tecnología en los distintos contextos, racionalmente organizada, planificada y evaluada, desarrollada mediante una variedad de planes y de programas. La formación de competencias profesionales de enfermería es la preocupación del profesional de ampliar conocimientos, la habilidad práctica, la actitud para dar una calidad de vida al ser humano.

El estudio de las competencias laborales, rebasa la mera significación económico-laboral del término para proyectarse como componente importante en el desarrollo integral de los profesionales, a partir de la asunción de un aprendizaje donde se acrecienta las capacidades humanas, se garantice un desempeño eficiente y responsable, y se propicie el incremento de las posibilidades de realización personal y social del individuo. Una expresión de las tendencias más contemporáneas del mundo del trabajo presenta al hombre como punto focal de los procesos laborales. (1)

## **6.2. Antecedentes y Situación Actual**

A mediados de la década de los 80, la Organización Panamericana de la Salud, comenzó a promover entre los países de la región de las Américas, la propuesta de reorientación de la educación permanente del personal de salud.

La evaluación de la competencia y el desempeño se incluyó dentro de esta propuesta como una vía para obtener información acerca del comportamiento profesional del trabajador durante su actividad laboral cotidiana, con la finalidad de contribuir a la identificación de necesidades de aprendizaje, a la vez que comprobar la repercusión de los procesos educativos en la transformación de los servicios de salud. (1)

En América Latina, países como México, Brasil, Argentina, Costa Rica y Chile entre otros, están ejecutando o iniciando proyectos de certificación de competencias para el medio laboral y sistemas de formación basada en competencias, que apuntan a mejorar la certificación, así como a incorporar el enfoque de competencia laboral con fines de actualización de los programas de formación. Las reformas educacionales no son tampoco indiferentes a las competencias, como puede observarse en las reformas realizadas en el Reino Unido, España y México.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) y su Centro Interamericano de Investigación y Documentación sobre la Formación Profesional (CINTERFOR)

están apoyando desde su ámbito iniciativas en la materia. En el sector salud un proyecto conjunto de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y CINTERFOR/OIT trabaja con esta misma perspectiva. (1)

Los estudios sobre la evaluación de la competencia profesional vienen desarrollándose internacionalmente desde finales de la década del 70 y principios del 80, los países que marcaron los inicios en este campo fueron Alemania, Estados Unidos, Francia e Inglaterra.

Desde México hasta Argentina y en muchos de los países del Caribe, se han llevado a cabo diversas actividades de capacitación de funcionarios y la posterior aplicación de experiencias de trabajo con dicho enfoque. Estas aplicaciones han abarcado un amplio espectro que incluye no solamente las instituciones de formación sino también aquellas relacionadas con el desarrollo y capacitación de los recursos humanos. Actualmente está creciendo una concepción de cobertura global orientada a la apertura de un solo camino educativo a lo largo de la vida para hacer realidad el concepto de "educación permanente", eliminar las interrupciones entre la educación y la formación profesional y entender la educación y la formación como un solo tronco generador de competencias de diferente índole, que no por educativas excluyan el trabajo, y no por formadoras, excluyan lo educativo. (2)

En enfermería se han llevado a cabo algunos trabajos de investigación, entre ellos uno de los más importantes y que aportó experiencia desde el punto de vista metodológico fue el de Calidad del egresado de Enfermería General (curso 1980-1981), que se realizó por la Dirección Nacional de Docencia Médica Media. Posteriormente, en el curso 1984-1985, el Centro Nacional de Perfeccionamiento Técnico Profesional comenzó a desarrollar el trabajo "Metodología para la Evaluación de la Competencia y el Desempeño Profesional en Enfermería", en el cual se recogía la estructuración de un marco conceptual que sustentaba cualquier estrategia de acción concebida para los fines de este tipo de evaluación.(1)

### 6.3. Definición de Competencias laborales para enfermería

Define las competencias para enfermería como la integración de conocimientos, habilidades, conductas, actitudes, aptitudes y motivaciones conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos; también responde a las funciones y tareas de un profesional para desarrollarse idóneamente en su puesto de trabajo y es el resultado de un proceso relacionado con la experiencia, capacitación y calificación. (22)



### 6.4. Que son las Competencias

Estas competencias requieren una serie de conocimientos, habilidades y actitudes incorporados en procesos intelectuales complejos, lo que permite su aplicación en circunstancias varias.

Las competencias se han agrupado bajo títulos genéricos: Proceso de atención de cuidados, prevención y promoción de la salud, guías, procedimientos y protocolos, atención a enfermos en situaciones específicas, comunicación, trabajo en equipo, mantenimiento de las competencias, ética y aspectos legales y finalmente, compromiso profesional.

Se aclararía la cuestión en agrupar cada grupo de competencias bajo un título que define cada una de las etapas y/o procesos que conforman la actuación de las enfermeras, etapas que no difieren de cualquier otro grupo profesional. Todo profesional tiene necesidad de valorar, recoger datos y formular problemas para



definir la cuestión a tratar y así poder actuar en consecuencia y valorar los resultados, obviamente dentro de su campo de conocimientos y de acuerdo a su actitud profesional.(24)

El objetivo común de todas las competencias descritas es el de la propia profesión, eso es, **cuidar a las personas**. Hay que entender que la actuación derivada de todas y cada una de las competencias se inscribe en el ámbito de actuación y funcionamiento de la enfermería. (2)

Las definiciones de Competencia constituyen una verdadera legión. A continuación se citan algunas de ellas:

García. C. (2007) Señala que la formación de competencias profesionales es un proceso que permite transformar a los profesionales, tiene como eje central buscar las condiciones óptimas para un saber que se recibe y se interioriza, es decir, en la profesión es un compromiso que se asume como algo personal como punto de honor, como también por experiencia previa y contacto con el conocimiento del día a día. (2)

Spencer y Spencer (1993) consideran que es: "una característica subyacente de un individuo, que está causalmente relacionada con un rendimiento efectivo o superior en una situación o trabajo, definido en términos de un criterio". (2)

Rodríguez y Feliú (1996) las definen como "Conjuntos de conocimientos, habilidades, disposiciones y conductas que posee una persona, que le permiten la realización exitosa de una actividad". (2)

Ansorena Cao (1996) plantea: "Una habilidad o atributo personal de la conducta de un sujeto, que puede definirse como característica de su comportamiento, y, bajo la cual, el comportamiento orientado a la tarea puede clasificarse de forma lógica y fiable". (3)

Guion (citado en Spencer y Spencer) las define como "Características subyacentes de las personas que indican formas de comportarse o pensar, generalizables de una situación a otra, y que se mantienen durante un tiempo razonablemente largo". (2)

Woodruffe (1993) las plantea como "Una dimensión de conductas abiertas y manifiestas, que le permiten a una persona rendir eficientemente". (1)

Finalmente, Boyatzis (Woodruffe, 1993) señala que son: "conjuntos de patrones de conducta, que la persona debe llevar a un cargo para rendir eficientemente en sus tareas y funciones". (1)

Del análisis de estas definiciones puede concluirse que las Competencias:

1. Son características permanentes de la persona,
2. Se ponen de manifiesto cuando se ejecuta una tarea o se realiza un trabajo,
3. Están relacionadas con la ejecución exitosa en una actividad, sea laboral o de otra índole.
4. Tienen una relación causal con el rendimiento laboral, es decir, no están solamente asociadas con el éxito, sino que se asume que realmente lo causan.
5. Pueden ser generalizables a más de una actividad.

Probablemente una fuente de confusión con respecto a las Competencias, es que son entidades más amplias y difusas que los constructos psicológicos tradicionales. De hecho, las Competencias combinan en sí, algo que los constructos psicológicos tienden a separar (a sabiendas de la artificialidad de la separación): **lo cognoscitivo** (conocimientos y habilidades), **lo afectivo** (motivaciones, actitudes, rasgos de personalidad), **lo psicomotriz** o conductual (hábitos, destrezas) y **lo psicofísico o psicofisiológico** (por ejemplo, visión estroboscópica o de colores). En las Competencias están claramente

contextualizadas, es decir, que para ser observadas, es necesario que la persona esté en el contexto de la acción de un trabajo específico.

Una Competencia es lo que hace que la persona sea, valga la redundancia, "competente" para realizar un trabajo o una actividad y exitoso en la misma, lo que puede significar la conjunción de conocimientos, habilidades, disposiciones y conductas específicas. Si falla alguno de esos aspectos, y el mismo se requiere para lograr algo, ya no se es "competente". (2)

El número de Competencias "existentes" puede muy amplio. Levy-Leboyer (1996) presenta seis diferentes listas. Ansorena Cao (1996) incluye 50 Competencias conductuales. Woodruffe (1993) plantea nueve competencias genéricas, lo que significa que hay muchas otras específicas.

El Diccionario de Competencias de Hay McBer (Spencer y Spencer, 1993) incluye 20 Competencias en su lista básica, ordenadas por conglomerados, y nueve adicionales denominadas Competencias Únicas. Barnhart (1996) incluye 37 competencias básicas en siete categorías. (2)

En todas esas listas hay Competencias que tienen el mismo nombre para el mismo concepto, pero también hay algunas que, siendo similares, reciben nombre diferentes (Solución de Problemas vs Toma de Decisiones). Igualmente, algunas competencias son agrupadas de maneras diferentes (Orientación al Cliente puede ir en Apoyo y Servicio Humano – Spencer y Spencer – o en Gerencia – Barnhart).

Esto hace que el número de Competencias a definir pueda llegar a ser muy grande, precisamente por el hecho de que las Competencias están ligadas al contexto específico en que se pone de manifiesto en el trabajo, lo que sugiere, que cada organización puede tener conjuntos de Competencias diferentes y que ninguna organización puede tomar una lista de Competencias preparada por otra organización para su uso, asumiendo que existen similitudes entre ellas.

## 6.5. Componentes Básicas

- a. **Autonomía:** habilidad para trabajar de forma autónoma, con flexibilidad de horarios, deslocalizada, auto gestionada.
- b. **Cooperación:** habilidad de trabajar con, para y por la comunidad (búsqueda del bien común), compartir herramientas y software libre, cooperación versus control de la información, trabajar en red de forma colaborativa, para generar y obtener valor (inteligencia colectiva).
- c. **Desintoxicación:** habilidad que permite, mediante las herramientas de las TIC's, canalizar, seleccionar, priorizar y filtrar...(sindicación de contenidos mediante lectores RSS), optimizar, obtener (motores de búsqueda), la información de manera rápida, selectiva... que nos interesa, debido a que hay una enorme cantidad de información actualmente en la web y que cada día se incrementa exponencialmente, que nos ayuda a interaccionar de manera más eficiente con los usuarios, prescriptores, empresas, corporaciones.
- d. **Agilidad:** habilidad para transmitir, compartir, participar de manera lo más rápida posible con los individuos, colectivos, comunidades en la transmisión de la información útil, relevante, interesante.
- e. **Síntesis:** habilidad o capacidad para exponer exclusivamente las ideas claves, evitar la redundancia, capacidad de transmisión únicamente de información relevante. (25)

## 6.6. Mantenimiento de las Competencias Profesionales

- Evaluar los propios conocimientos, actitudes y habilidades.
- Utilizar diferentes métodos de aprendizaje para identificar y corregir si fuera el caso, los déficits de conocimientos, actitudes o habilidades.
- Utilizar los recursos existentes para el aprendizaje.

- Analizar críticamente la validez y la aplicabilidad de las fuentes de información posibles.
- Analizar críticamente los métodos y los datos de búsqueda.
- Utilizar los recursos existentes para el aprendizaje.
- Evaluar críticamente los métodos de trabajo.
- Fundamentar la práctica en los resultados de la investigación
- Realizar actividades de investigación
- Utilizar de forma sistemática los resultados de los estudios de calidad.
- Llevar a cabo actividades docentes en los diferentes niveles profesionales.(5)

### **6.7. Evaluación de la competencia profesional**

Para las enfermeras que están trabajando en un campo especializado o para aquellas que desean hacerlo, existen evaluaciones disponibles que miden grupos de habilidades específicos. No faltan las áreas especializadas que utilizan estas evaluaciones. Estas pueden incluir enfermería quirúrgica, salud mental, terapias ocupacionales y habilidades de enfermería de emergencias. (4)

¿Cómo se evalúan?

La evaluación de la competencia profesional en salud se realiza con fines de diagnóstico para identificar los logros y carencias de habito y comprende los conocimientos, las habilidades y las actitudes de los profesionales, así como su nivel de organización, retención y empleo de la práctica académica y labora y dar prioridad para planificar los diferentes tipos de planificación; es lo que el individuo *sabe, sabe hacer y hace*. (3)

Autores como Prado García<sup>3</sup> señalan que la comprobación de la efectividad del Sistema de Educación debe incluir como uno de sus momentos fundamentales la evaluación de sus graduados ubicados en sus respectivos colectivos laborales. Otros especialistas del Ministerio de Educación Superior y del Instituto Pedagógico de Enseñanza Técnica, han realizado estudios que centran su atención en la

Competencia de egresados de diferentes Especialidades en la Enseñanza Superior y de la Técnica Profesional. (Triana T, Marín A, Ferrer A, Hatim A, Rey R, Salas Perea RS. Gestión de calidad en la Educación Médica en el proyecto "Salto Cualitativo" en Pinar del Río, Cuba. (Ponencia). Encuentro Continental de Educación Médica. Punta del Este; 1994). (3)

La evaluación se utiliza con fines diagnósticos, con el fin de identificar y jerarquizar los problemas esenciales, establecer un orden de prioridades, así como planificar los diferentes tipos de intervenciones requeridas, para el incremento de la calidad de los recursos humanos en salud.

En el año 1991 se publicó el estudio "Evaluación de la Competencia y el Desempeño: una experiencia en Enfermería" por las licenciadas *Estrella Sierra Prohenza* y *Nilda Luna Marcel*. Este trabajo se llevó a cabo en diferentes centros de salud del segundo nivel de atención y los resultados fueron: falta de motivación por la superación y carencia de hábitos, actitudes y habilidades adquiridas en la formación, entre otros. En el año 1992, metodólogos del Centro Nacional de Perfeccionamiento Técnico y Profesional abordaron de forma incipiente una parte del problema al trabajar en la evaluación del desempeño de grupos de enfermeros que laboraban en la atención secundaria, cuyo estudio reveló que las mayores dificultades estaban en el plano estratégico, era necesario crear un nuevo estilo de trabajo que promoviera la evaluación del desempeño en los profesionales de la salud.

En el curso 1996-1997 se realizó la investigación "Evaluación de la competencia en el personal de Enfermería en la Atención Primaria" por la licenciada *Omayda Urbina Laza*, como trabajo de terminación de Maestría en Atención Primaria en la Facultad de Salud Pública. Posteriormente, en el curso 1997-1998 se publicó la investigación sobre "Resultados de los exámenes aplicados para evaluar la competencia en Enfermería". (3)

### **6.7.1. Revisión de pares y evaluación de gestión**

Mientras muchos consideran las evaluaciones por internet o en papel, los pares y los supervisores directos se encuentran en una posición que puede ofrecer una información extremadamente valiosa a través de la evaluación. Las personas que trabajan contigo todos los días pueden dar cuenta de tu nivel de conocimientos, pero además del modo en que te relacionas con los pacientes y otros empleados en el piso. Medir tu impacto en el ambiente de trabajo puede resultar difícil usando herramientas de evaluación por internet o en papel, pero tus pares se encuentran en la situación ideal para hacerlo. (3)

## CAPITULO II. Trastorno Hipertensivo Gestacional

### 6.8. Definición

¿**Qué es la Hipertensión Arterial?** según la OMS es la elevación crónica de la presión arterial sistólica (PAS), diastólica (PAD) o de ambas por encima de los valores considerados como normales. Teniendo en cuenta la dificultad para fijar la línea divisoria entre valores normales y anormales podemos aceptar esta otra definición:

“**Hipertensión Arterial** es el nivel de PA por encima del cual los beneficios derivados de la intervención sanitaria superan a los riesgos de la misma”

**Hipertensión arterial en la persona adulta:** se considera PA elevada cuando la PAS es superior a 140 mmHg o la PAD es superior a 90 mmHg.

**Hipertensión arterial en el embarazo** La presión arterial normalmente desciende en el primer trimestre del embarazo, cuando hay un aumento de 30 mmHg o más sobre la PAS o un aumento de 15 mmHg o más sobre la PAD respecto al comienzo del embarazo o en las 24 horas siguientes al parto, estas fluctuaciones tensionales suceden tanto en pacientes normo tensas como en aquellas hipertensas crónicas. Si se desconocen las cifras de PA previas al embarazo se adoptan los criterios de persona adulta. La hipertensión arterial durante el embarazo puede ser definida sobre la base de la presión arterial absoluta.

Cuando la PAS aumenta más de 60 mmHg o la PAD más de 30 mmHg se considera un embarazo de alto riesgo por preeclampsia o eclampsia El hallazgo aislado de una cifra de PA elevada no es criterio suficiente para clasificar a una persona como hipertensa. El diagnóstico de HTA implica encontrar valores elevados de PA de forma repetida en tres mediciones, siendo aconsejable que estén separadas entre sí por un mínimo de siete días, con un intervalo de 4 horas y si es posible confirmar las cifras con medidas de la presión en forma de auto



monitoreo La posición de la paciente debe ser la misma durante los registros a fin de obviar los cambios tensionales a veces, significativos que se producen en la presión acostada o durante el de cubito lateral izquierdo.(24)

La hipertensión severa es igual o mayor de 120 mmHg en cualquier medición única durante el embarazo o igual o mayor de 110 mmHg en dos o más ocasiones, con un intervalo de 4 horas o más.

La proteinuria: datos de 300mg/L o más en una muestra de 24 horas; 0.1 gr. /L (dos ++), en dos muestras simples obtenidas a mitad de la micción o por cateterismo con un intervalo de 4 horas o más.

La enfermedad hipertensiva es una de las complicaciones médicas más frecuentes del embarazo, su prevalencia varía entre el 7 y el 10% de la población gestante.

Las afecciones hipertensivas incluyen diversas perturbaciones vasculares que existen desde antes del embarazo o se producen como complicación durante la gestación o en el puerperio temprano. Debido a las diversas alteraciones cardiovasculares, el embarazo induce hipertensión en mujeres normotensivas antes del mismo o aumenta las condiciones hipertensivas preexistentes. Hasta hace poco, el término que se empleó para describir la hipertensión que se inicia durante el embarazo era el de "Toxemia". Se creía que la afección era por toxinas derivadas de los productos de la concepción que entraban a la sangre. (6)

Se conoce como toxemia del embarazo a un síndrome de aparición exclusiva durante el embarazo, con manifestaciones clínicas generalmente después de la vigésima semana. (7)

La hipertensión gestacional es aquella que ocurre sin desarrollo significativo de Proteinuria, y que se presenta después de las 20 semanas de gestación, o durante el parto, o en el puerperio, generalmente en las primeras 48 horas. (7)

La proteinuria gestacional: es simplemente aquella expresión de proteinuria, no se acompaña de hipertensión y ocurre también después de las 20 semanas de embarazo, puede ser intraparto y posparto; puede ser postural (ortostáticas), en éste caso hay que diferenciar una enfermedad renal aguda o crónica.

La preeclampsia, es aquella en la cual se desarrollan ambos signos antes descritos, en los mismos periodos y corresponden al mismo cuadro que hemos conocido convencionalmente como preeclampsia, puede ser moderado a severa.

En caso de la eclampsia es la aparición de convulsiones tónico clónicas generalizadas, no causados por epilepsia u otros cuadros convulsivos. En países desarrollados éste problema ha disminuido por el alto grado de vigilancia durante el embarazo.

La hipertensión crónica es la elevación de la presión arterial diagnosticada en la primera consulta prenatal ocurrida antes de las 20 semanas de la gestación o en cualquier etapa del embarazo, con antecedentes de hipertensión arterial.

En la enfermedad crónica se presenta proteinuria diagnosticada en las primeras 20 semanas de gestación o cuando coexiste una enfermedad renal crónica antes del embarazo o cuando persiste a los 42 días o más del puerperio. Esta proteinuria puede asociarse o no a la hipertensión.

En la hipertensión crónica sobre agregada, es la aparición de Proteinuria sobre un proceso Hipertensivo crónico no proteínico, durante el embarazo y después del parto.

En la hipertensión crónica y/o proteinuria no clasificada, se define como el hallazgo de hipertensión y /o proteinuria en la primera consulta prenatal después de las 20 semanas de gestación.

### **6.9. Clasificación**

Durante varias décadas mantuvo su vigencia la clasificación propuesta por el comité Norteamericano del bienestar materno. Ahora se plantea una clasificación ligeramente distinta pero más específica que parece ganar aceptación rápidamente y que no excluye elementos importantes de la clasificación anterior. (7)

#### **1. Hipertensión gestacional transitoria:**

- a. Proteinuria gestacional.
- b. Hipertensión proteinúrica gestacional o preeclampsia.
  - Ante parto
  - Intraparto.
  - Posparto.

#### **2. Hipertensión crónica:**

- a. Enfermedad renal crónica.

#### **3. Hipertensión crónica con pre eclampsia sobre agregada.**

#### **4. Hipertensión y/o proteinuria no clasificada.**

#### **5. Eclampsia**

Las mujeres con aumento de la presión arterial durante el embarazo pueden ser clasificadas de acuerdo a los siguientes grupos:

HIPERTENSION, PREECLAMPSIA SEVERA, ECLAMPSIA Y HIPERTENSION TRANSITORIA.

### **HIPERTENSIÓN GESTACIONAL TRANSITORIA**

Hipertensión transitoria se llama al desarrollo de presión arterial elevada durante el embarazo o en las primeras 24 horas post-parto sin otros signos de pre eclampsia o hipertensión pre existente. Se considera a la Hipertensión transitoria como una fase “pre proteinuria de la pre eclampsia” y a veces una recurrencia de

la Hipertensión crónica con cifras disminuidas hacia la mitad del embarazo. A menudo la hipertensión transitoria impresiona ser una manifestación de una hipertensión arterial latente puesta de manifiesta por el embarazo. La Hipertensión transitoria tiene un elevado grado de recurrencia en embarazos sucesivos, y es probablemente la base para un diagnóstico erróneo de pre eclampsia en pacientes multíparas. Aparece al final del embarazo, durante el parto o puerperio, sin proteinuria o albuminuria, ni edema, desaparece espontáneamente. (8)

## **HIPERTENSIÓN CRÓNICA**

Se define como la hipertensión arterial (igual ó mayor a 140/90) que está presente y es observable previa al embarazo ó que se diagnostica antes de la 20 semana de gestación. La hipertensión que se diagnostica desde el comienzo del embarazo y que persiste más allá del día 42 posterior al parto, la disminución de los niveles tensionales que ocurren en las hipertensas durante el primer trimestre del embarazo es importante no confundir como Preecláptica a la hipertensa crónica.

## **Preeclampsia**

Es definida como el incremento de la presión arterial acompañada de edema, proteinuria ó ambos que ocurre después de la 20 a. semana de gestación. Cualquiera de los siguientes criterios son suficientes para el diagnóstico de Hipertensión: **a) Aumento de la Presión sistólica 30 mm. Hg ó mayor b) Aumento de la Presión diastólica 15 mm. Hg ó mayor** Ambos valores comparados con respecto a los previos a las 20a. semanas. Si éstos valores previos no se conocieran, un registro > a 140/90 son suficientes para considerar el criterio de presión para definir la Pre eclampsia. Debe tenerse en cuenta que embarazadas muy jóvenes pueden no llegar a requerir tener presiones > de 140/90 para el diagnóstico de Pre eclampsia. La otra determinación necesaria para el diagnóstico de Pre eclampsia es la Proteinuria. Esta se define como la excreción de 300 mgrs. o más de Proteína en una examen aislado de orina de 24

horas. La proteinuria es en general un signo de aparición tardío en el curso de la Pre eclampsia y aunque no es específica, su aparición refuerza el diagnóstico. El edema se hace evidente clínicamente o por el rápido incremento de peso aún sin evidencia de edema. Los factores que predisponen a pacientes a la preeclampsia son los siguientes: \* PRIMIGESTA \* HERENCIA \* EMBARAZO GEMELAR \* DIABETES \* ENFERMEDAD RENAL \* EDAD < 21 ó > 35 años \* HERENCIA \* OBESIDAD

**Eclampsia** La Eclampsia se define como: el desarrollo de convulsiones, debidas a encefalopatía hipertensiva en un paciente pre ecláptica, no atribuidas a otras causas. Su incidencia es cercana a 1 cada 2000 partos. Las convulsiones, que son el signo de la eclampsia, son precedidas por las manifestaciones de la Pre eclampsia, aunque en un 20 % las convulsiones pueden producirse hasta 6 días después del parto. En algunas pacientes el cuadro ecláptico puede estar constituido por "auras", dolor epigástrico, hiperirritabilidad e hiperreflexia. La hipertensión arterial puede ser severa, aunque está bien definido que: las convulsiones pueden ocurrir aún con mínimas elevaciones de la presión arterial. La Proteinuria y los edemas son significativos y se presentan en conjunto con variadas formas de Insuficiencia cardiaca y/o renal.

### **HIPERTENSIÓN CRÓNICA CON PRE ECLAMPSIA SOBRE AGREGADA**

El término preeclampsia y eclampsia superpuestas se aplica cuando la paciente, que ya padece de enfermedad renal o hipertensión vascular subyacente, manifiesta preeclampsia o eclampsia, anunciada por un aumento significativo de la presión sanguínea con edema o albuminuria, o ambos. Se presenta luego de las 20 semanas de gestación.

#### **6.10. Factores de Riesgo**

##### **Factores predisponentes:**

Los factores que incrementan el riesgo de que la mujer gestante presente Síndrome Hipertensivo Gestacional. (8)

### **Nuliparidad (67%)**

Aproximadamente el 75% de los casos se atribuye a menor desarrollo de la vascularización uterina ya que se ha confirmado que el calibre de sus arterias uterinas es menor que la multíparas. (9)

La preeclampsia es casi exclusivamente una enfermedad de la nulípara, que afecta con más frecuencia a las gestantes muy jóvenes y a las añosas. (10)

### **Multiparidad (33%)**

La hipertensión inducida por el embarazo puede aparecer ocasionalmente en la multípara con un embarazo múltiple o en presencia de un Hidrops fetal (10)

### **Historia Familiar**

Las madres, hermanas e hijas que han presentado preeclampsia o eclampsia tienen una incidencia significativa mayor de la enfermedad, lo que apunta a factores genéticos predisponentes.

Parece existir cierta predisposición familiar a dicha enfermedad. Chesley, ha estudiado a las hermanas, hijas, nietas y cuñadas de mujeres eclámpticas, durante un período de 49 años, lo que lleva a esta conclusión. (10)

### **Grupos de edad extremos**

La mayor parte de los estudios muestra una incidencia mayor antes de los 20 años y después de los 35 años.

### **Embarazo Múltiple**

La incidencia de la enfermedad se quintuplica en relación con lo esperado.

### **Diabetes Mellitus**

Existe una mayor incidencia del pre eclampsia y eclampsia en embarazadas diabéticas con inadecuado control metabólico y con neuropatía diabética.

## **Hipertensión Crónica**

La incidencia de la enfermedad se quintuplica en relación a lo esperado.

## **Mola Hidatiforme**

La aparición de pre eclampsia y eclampsia es más precoz y frecuente en las molas de gran tamaño.

## **Pobreza**

Afecta directamente los aspectos nutricionales y de anemia.

- Obesidad.
- Híper o hipotiroidismo.
- Enfermedad Renal.
- Adicción a la Cocaína (8)
- Hidrops fetal inmune.

### **6.11. Patogenia**

La aparición del pre eclampsia ha sido asociada con la activación del sistema de coagulación, lesión endotelial, y alteración de la activación y consumo de prostaglandinas.

Algunas investigaciones sugieren que la alteración del metabolismo de las prostaglandinas es la alteración principal que explica la fisiopatología de la pre eclampsia. Se ha encontrado que la producción de Prostaciclina estaba disminuida y la relación de tromboxina A - Prostaciclina estaba aumentada. A pesar de que esta hipótesis pudiera explicar algunos de los cambios hematológicos y bioquímicos asociados con el pre eclampsia, no logra explicar la etiología primaria.

Otra anomalía muy peculiar de la pre eclampsia, es la constricción arteriolas generalizada y el aumento de la sensibilidad vascular a las aminas y pépticos. (22)

El vaso-espasmo es fundamental para que se produzca la hipertensión inducida por el embarazo. Clásicamente y de acuerdo con observaciones directas sobre

las uñas y el fondo ocular se constató espasmos segmentarios que dan lugar a zonas alternantes de vasoconstricción y vaso dilatación.

La constricción vascular significa una resistencia al flujo sanguíneo y es lo que dará lugar a la hipertensión. El vaso-espasmo ejerce también un efecto nocivo sobre los mismos vasos, alterando la circulación y produciendo una lesión vascular. (10)

### **6.12. Etiología**

Es desconocida, sin embargo, infinidad de teorías han intentado explicar el desarrollo del pre eclampsia - eclampsia, cualquier teoría aceptable, debe tener en cuenta los siguientes hechos:

- a. La hipertensión se desarrolla con más frecuencia en nulípara.
- b. La hipertensión es más frecuentes en los embarazos gemelares y en la mola hidatiforme.
- c. La hipertensión se produce con frecuencia en mujeres con una alteración vascular previa.
- d. Existe una predisposición genética al desarrollo de una hipertensión en el embarazo.

Son diferentes posibilidades inmunológicas como causante de la enfermedad:

- Disparidad inmunogenética.
- Insuficiente formación de anticuerpos.
- Anticuerpos anti-HLA.
- Alteraciones de la inmunidad celular.
- Factores inmunosupresores.
- Presencia de inmunocomplejos.

Se han descrito varias teorías, las más aceptadas actualmente. (8)

- a. Alteración en relación Prostaciclina - Tromboxano: que se sintetiza en el riñón y el útero; se opone a la actividad vasoconstrictora de la renina - angiotensina.



- b. Susceptibilidad Genética: A pesar de la acumulación de evidencias que sugieren una etiología genética.
- c. Inmunológica: Existen sugerencias de la activación del complemento y el sistema inmune humoral se presenta en mujeres preclámpticas; hay disminución de la inmunoglobulina G, disminución marcada de C3 – C4. ausencia de anticuerpos bloqueadores y activación de neutrofilos.
- d. Renina - Angiotensina - Aldosterona: produce la contracción de músculo liso, estimula la producción de aldosterona y retención de sodio.

### 6.13. Cuadro Clínico y Diagnóstico

La Hipertensión arterial, proteinuria y edema, son las características más frecuentes en una paciente con Hipertensión inducida por el embarazo, el grado de cada uno de ellos como los trastornos neurológicos o neuroencefalopatía indican severidad de la hipertensión. (9)

El diagnóstico se establece a través de la detección de los signos y síntomas cardinales del síndrome Hipertensivo Gestacional: Hipertensión asociado o no con proteinuria y edema:

- a) **Hipertensión arterial:** es cuando se detecta un aumento de 30 mmHg en la tensión arterial sistólica o un incremento de 15 mmHg en la tensión arterial diastólica, en comparación con la tensión arterial basal en 2 tomas consecutivas, Con un intervalo de 6 horas. Si la tensión arterial basal es desconocida se considera hipertensión arterial cuando existe una tensión arterial de 140/90 mmHg después de las 20 semanas de gestación.
- b) **Proteinuria:** debe ser mayor de 300mg/ml. en orina de 24 horas. Se considera como proteinuria a la presencia de proteínas en orina mayor o igual a una (+), en cinta de uro análisis.
- c) **Edema:** Puede ser causado por vaso espasmo y disminución de la presión oncótica, pero no define la pre eclampsia, puede manifestarse como un aumento anormal de peso.

#### **6.14. Manejo Terapéutico**

El tratamiento más efectivo para el síndrome Hipertensivo Gestacional es, en realidad, la expulsión del feto y de la placenta. Por ello, en embarazos a término y cerca de términos en los que el cervix sea favorable, se recomienda la inducción del parto. (9)

La pre eclampsia es una enfermedad progresiva de modo que el manejo expectante es potencialmente dañino en la pre eclampsia severa hay que tener cuidado cuando se espera madurez fetal o se sospecha compromiso fetal.

El pre eclampsia severa es una emergencia obstétrica que requiere de un pronto reconocimiento estabilización de la madre y el feto y de una estrategia multidisciplinaria para el manejo y el tratamiento.

Retrasar el nacimiento para ganar madurez fetal se debe dar solamente cuando las condiciones lo permiten e individualizando cada caso.

Una buena parte de las mujeres pre eclámpicas convulsionan durante las 72 horas posteriores al parto por lo que durante este período se debe evaluar cuidadosamente a la mujer pre eclámpica.

El control médico de todas las embarazadas se dirige a la prevención y detección temprana del desarrollo de pre eclampsia, mediante cuidados prenatales regulares y tempranos.

Las mujeres en las que se conoce riesgo de afecciones hipertensivas deben asistir a citas de supervisión a intervalos más frecuentes en particular durante el tercer trimestre.

Todas las embarazadas deben asistir a su control cada semana durante el último mes del embarazo, en las citas es relevante monitorear la presión arterial, la orina (presencia de proteinuria) y el estado del feto; si se observan datos de retardo del crecimiento intrauterino se recomienda ingresarla al Hospital para evaluar y acelerar en caso necesario el parto; cada dos semanas durante los dos meses posteriores. Es preciso insistir en la importancia de determinar la presión arterial de modo frecuente irregular. En caso de preeclampsia moderada menor de 37

semanas de gestación se debe de: monitorear la presión arterial, la orina, reflejos osteotendinosos, el estado del feto y su frecuencia cardíaca.

En caso de que la paciente no responda con rapidez a la restricción de actividad y en el hogar, se recomienda la hospitalización. El cuidado médico del pre eclámptico hospitalizado se dirige a: (9)

Evitar que ocurra ataque de eclampsia y mejorar el flujo sanguíneo útero placentario para reducir el riesgo al feto.

\* Nacimiento del feto tan cerca de la fecha de madurez, como sea posible y por el método más seguro.

\* Proteger a la paciente de los efectos de la presión arterial alta (Hemorragia Cerebral). Aunque existe controversia con respecto al mejor método de control, la mayor parte de los médicos consideran que, en caso de pre eclampsia grave o crisis hipertensiva, es necesario el nacimiento del niño.

En ciertas circunstancias el nacimiento puede postergarse un poco, con el fin de permitir mayor madurez fetal si se encuentra en etapa muy temprana.

La mujer con pre eclampsia grave ingresa a la sala de trabajo de parto o a la unidad de cuidados intensivos maternos fetales en donde dispone de vigilancia continua por parte del personal, fármacos de emergencia y material necesario.

La naturaleza del tratamiento con fármacos que prescribe el médico depende del estado de la paciente; en casos leves de pre eclampsia, puede o no ordenar medicamentos sin embargo, cuando el pre eclampsia es grave es imperativo iniciar un tratamiento inmediato e intensivo.

La sedación es de gran importancia para impedir las convulsiones. Las dosis de los fármacos que se emplean se regulan de manera que produzcan somnolencia y sueño, del cual la paciente despierta con facilidad y también con el fin de que supriman los reflejos hiperactivos. El sulfato de magnesio (Mg SO), es el fármaco de elección en los Estados Unidos para prevenir y controlar las convulsiones eclámpticas maternas.

### **Pre eclampsia Leve**

Es la hipertensión específicamente inducida por el embarazo, afecta de preferencia a mujeres jóvenes, menores de 25 años, sin antecedentes cardiovasculares o renales; aparece en la segunda mitad de la gestación y es característicamente en el postparto. En general, no recurre en embarazos posteriores al primero. Su incidencia es variable (del 2 al 30%) y depende de las características demográficas y socioculturales de la población evaluada, así como de los diferentes criterios usados para realizar el diagnóstico de la enfermedad.

La tensión arterial sistólica (TAS) se encuentra hasta 30 mmHg y la tensión arterial diastólica (TAD) hasta 15 mmHg por encima de la basal. En caso de desconocerse la TAD, se considerará a partir de cifras de TAD mayor de 90 mmHg, pero menor de 110 mmHg. La proteinuria se sitúa entre 30 mg/ml y 3 gr./ml. Hay edema que puede abarcar miembros inferiores.

Las pacientes saludables, suelen presentar presión arterial inferior a lo normal en el trimestre intermedio del embarazo y por tanto una lectura en la etapa medial del embarazo, no es confiable. Por ejemplo, la presión de 120/80 mmHg en realidad indica hipertensión si la paciente tenía presión en el rango de 100/70 mmHg en la parte intermedia de embarazo.

El siguiente signo más constante de pre eclampsia es aumento excesivo de peso de manera repentina, que se debe en gran parte a la acumulación de agua en los tejidos. Este aumento de peso representa edema oculto y casi siempre precede al edema visible de cara y dedos característico de las etapas avanzadas de la enfermedad.

La aparición repentina de proteínas en la orina o con sin otras observaciones, siempre se considera como signo de pre eclampsia. El análisis de orina completo que incluye examen microscópico, ayuda excluir infecciones como causa de la proteinuria. Como ésta por lo general se desarrolla en etapas más tardías que la hipertensión, el incremento de peso puede indicar progresión de la enfermedad.

Hay otras manifestaciones clínicas de hipertensión inducida por el embarazo que cuando las reconoce la paciente o el miembro del equipo al cuidado de la salud, requieren de atención inmediata; entre ellas se mencionan. (11)

- Dolor de cabeza continuo e intenso en la región frontal u occipital.
- Inflamación de cara o dedos, reducción en la cantidad de orina que se elimina
- Visión borrosa o poco clara.
- Vómitos persistentes.
- Dolor epigástrico.

Es conveniente insistir en que los tres signos tempranos del pre eclampsia (hipertensión, aumento de peso y proteinuria), son muy importantes, ya que en general las pacientes y el personal de enfermería no los toman en cuenta. Aunque los tres estén presentes en grados considerables, es probable que aún se sientan bien. Sólo mediante un examen regular y cuidadoso antes del parto es posible detectar estos signos. En una mujer con embarazo menor de 37 semanas de gestación, existe la posibilidad del manejo hasta que se logre la madurez fetal, Para ellos se debe vigilar los siguientes criterios:

- Tensión arterial estable (< 140/90).
- Tensión arterial media:<106 MmHg.
- Proteinuria < 100 mg/ 24 horas
- Paciente asintomática
- Edema no patológico
- Pruebas fetales normales.
- Sin alteraciones de órganos blancos.

### **Preeclampsia Severa.**

Si la tensión arterial sistólica es mayor de 30 mmHg, y la tensión arterial diastólica es mayor de 15 mmHg con respecto a la basal tomada en 2 ocasiones al azar y con una diferencia mínima de 4 horas. En caso de mujeres en las que no se conozcan las cifras de tensión arterial previas, se considerarán cifras a partir de la tensión arterial diastólica mayor o igual a 110 mmHg. La proteinuria mayor de 5gr

en orina de 24 horas o una prueba de cinta de 3 cruces (+++), en dos ocasiones tomadas al azar y con una diferencia mínima de 4 horas. El edema puede ser generalizado, puede presentarse oliguria y alteraciones visuales y cerebrales, dolor epigástrico, edema pulmonar y trombocitopenia. Las pacientes con pre eclampsia grave siempre corren el riesgo de presentar alguna convulsión (8)

Algunas complicaciones maternas que se producen como resultado de pre eclampsia grave incluyen: eclampsia, edema pulmonar, hemorragia cerebral (masiva o diseminada), fallo cardíaco congestivo, arritmia, infarto al miocardio, coagulación intravascular diseminada, síndrome de Hellp, síndrome de insuficiencia respiratoria y daños al endotelio intravascular.

El feto corre riesgo de: desprendimiento de placenta (en 2 a 10% de los casos), retraso del crecimiento intrauterino, hipoxia aguda, muerte intrauterina y Prematurez. Tensión arterial >160/110 MmHg, Proteinuria: +++ o > 5 g/L, Edema generalizado (Anasarca), Aumento de peso > 2 Kg. / Semana

Compromiso de órgano blanco:

- Neurológico: Inminencia de eclampsia.
- Renal: Insuficiencia Renal Aguda.
- Hepático/Hematológico: Síndrome de HELLP.
- Unidad feto placentaria (retardo del crecimiento intrauterino / Insuficiencia Placentaria).
- Cardiovascular (Crisis Hipertensión arterial)
- Otros órganos: pulmón, suprarrenal, corazón.

El compromiso neurológico suele indicar la inminencia de eclampsia, por lo que es importante valorar los indicadores siguientes:

**Criterios mayores:**

- Somnolencia.
- Agitación psicomotora
- Ansiedad o delirio

- Desorientación
- Síntomas visuales persistentes
- Clonus Patelar
- Fasciculaciones

**Criterios menores:**

- Cefalea
- Epigastralgia
- Fosfenos
- Tinitus
- Vómito
- Hiperreflexia.

Para hablar de compromiso neurológico se requiere la presencia de por lo menos un criterio mayor y uno menor.

**Manejo Hospitalario**

- Reposo Absoluto.
- Evitar estímulos externos.
- Mantener Vías aéreas libres
- suspender vía oral.
- Oxígeno por cánula nasal o máscara facial.
- Líquido parenteral: Dextrosa al 5 %.
- Prevenir las convulsiones con sulfato de magnesio.
- Control de la Hipertensión arterial.

El objetivo primario del tratamiento en mujeres con hipertensión severa y pre eclampsia es prevenir las complicaciones cerebrales tales como encefalopatía y hemorragia. Con el tratamiento se debe lograr mantener la tensión arterial media (TAM) debajo de 126 mmHg (no < 105 mmHg) y la TAD debajo de 105 mmHg (no < 90 mmHg).

\* **Alfametildopa:** 250- 500mg oral cada 8 horas. Incrementar cada 48 horas, hasta una dosis máxima de 2 g/d.

Cuando exista una Tensión arterial diastólica sostenida > de 110 mmHg (emergencia Hipertensión arterial debe administrarse):

\* **Hidralacina:** 5mg en bolo intravenoso repitiéndose cada 10 a 15 minutos si la hipertensión arterial no se ha controlado, hasta un máximo de 20 mg. Se continuará con dosis de 10 a 50 mg intramuscular de Hidralacina hasta lograr control de la presión arterial.

\* Debe realizarse vigilancia del bienestar fetal, maduración pulmonar, embarazo menor de 34 semanas de gestación.

\* Culminación del embarazo por la vía más expedita si se trata: de un embarazo mayor de 34 semanas de gestación. Si no hay mejoría con manejo médico en embarazo menores de 34semanas de gestación.

#### **Indicadores para interrupción del embarazo:**

- Edad gestacional mayor a 34 semanas de gestación.
- Puntuación de la escala de Bishop mayor que 6.
- Peso fetal menor que el percentil 10.
- Test de Nonstress (NST) con patrón hipoactivo.
- Paciente que se encuentra iniciando el período de labor.
- Ruptura de membranas.
- Sangrado vaginal.
- Cefalea persistente o visión borrosa.
- Dolor epigástrico, náuseas, vómito.

#### **Indicaciones para interrupción del embarazo**

- Edad gestacional mayor a 34 Semanas de gestación.
- Peso fetal menor que el percentil 10.
- Paciente que se encuentra iniciando el período de labor.
- Ruptura de membranas.
- Sangrado vaginal.
- Cefalea persistente o visión borrosa.
- Dolor epigástrico, náuseas, vómito.



## **Eclampsia.**

Las convulsiones eclámpicas representan un serio peligro a la vida de la madre y del feto. Estas pacientes representan una emergencia obstétrica.

Deben ser manejadas en sala de cuidados intensivos, si la unidad de salud no cuenta con unidad de cuidados intensivos, la paciente deberá estabilizarse y remitirse a una unidad de salud que cuente con este servicio.

Es la forma más severa de Pre eclampsia, en la que la magnitud del alza tensional y del daño endotelial provoca una encefalopatía hipertensiva, capaz de producir un cuadro convulsivo y/o coma en ausencia de patología neurológica previa. Se presenta en aproximadamente el 0.3% de los partos, habiéndose observado una disminución de su frecuencia a raíz del mejor manejo de la preeclampsia. Esquemas de tratamientos eficaces y aplicados precozmente han logrado evitar la elevada mortalidad materna y alcanzar una sobrevivencia fetal de 90% si el feto está vivo al momento del ingreso de la paciente.

La mujer presenta convulsiones presentadas entre la semana 20 de gestación y las primeras 72 horas de puerperio.

En general, las pacientes que desarrollan eclampsia, con frecuencia experimentan dolor de cabeza intenso como preludio de la primera convulsión.

Las perturbaciones visuales van desde la visión borrosa hasta diversos grados de ceguera temporal. Aunque es menos probable que ocurran convulsiones en los casos de pre eclampsia leve, ésta posibilidad no debe pasarse por alto.

## **Medidas de sostén.**

- Oxígeno a través de cánula nasal o máscara nasal.
- Catéter para tratamiento intravenoso (con bránulas).
- Iniciar tratamiento con Sulfato de Magnesio.
- Control de Ingreso y Egresos. La diuresis no debe estar por debajo de 25cc por hora.

## **6.15. Tratamiento de la Hipertensión Arterial**

El objetivo del tratamiento de la hipertensión arterial es la prevención de los accidentes cerebro vasculares y la insuficiencia cardiaca congestiva con compromiso del intercambio gaseoso útero-placentario.

- Hidralacina, 5 mg en bolo intravenoso, repitiéndose cada 10 -15 minutos si la tensión arterial no se ha controlado, hasta un máximo de 20 mg. Se continuará con dosis de 10- 50 mg intramuscular de Hidralacina cada 6 horas hasta lograr control de la tensión arterial; y podría agregarse alfametildopa 250-500mg cada 8 horas por vía oral o hidralacina 10-50 mg cada 6 horas en caso de requerirse y como terapia de mantenimiento de los casos, cuando la paciente tolere vía oral.

### **Tratamiento y prevención de las convulsiones**

Existen dos pautas la de Pritchard y la de Zuspan, no existen evidencias científicas que favorezcan el uso de un régimen sobre el otro.

Pritchard indica el uso de 4 gramos de sulfato de magnesio intravenoso, pasar en 20 minutos, seguido de 5 gramos en el cuadrante superior externo de cada glúteo, como dosis de carga y para mantenimiento 5 gramos intramusculares cada 4 horas.

Zuspan sugiere como dosis de carga 4 gramos intravenoso en infusión continua en 20 minutos, y como mantenimiento 1 gramo intravenoso cada hora durante 24 horas después de la última convulsión.

### **Monitorización materna**

Se debe vigilar los siguientes parámetros:

- Hoja neurológica.
- Tensión arterial.
- Frecuencia Respiratoria.
- Reflejos osteotendinosos profundos.
- Control estricto de líquidos (administrados y eliminados).

Una vez estabilizada la paciente se deberá finalizar el embarazo por la vía más expedita.

#### **Efectos del síndrome Hipertensivo gestacional sobre el feto:**

- Restricción del crecimiento intrauterino.
- Infarto placentario.
- Oligohidramnios.
- Desprendimiento prematuro de la placenta normo inserta.
- Prematurez.

Se presenta lesiones placentarias y aumento de la actividad uterina, esto es característico del deterioro de la función placentaria y por ende disminución del aporte sanguíneo materno; observándose mayor mortalidad fetal. (7)

#### **Efectos del Síndrome Hipertensivo Gestacional maternas:**

Manifestaciones del sistema nervioso central, incluyendo convulsiones y apoplejía.

- Coagulación intravascular diseminada y sus complicaciones.
- Aumento de cesáreas.
- Insuficiencia renal.
- Insuficiencia o ruptura hepática.
- Muerte.

#### **6.16. Valoración y Planificación del cuidado de enfermería**

El objetivo de la valoración es que la enfermera reconozca los signos y síntomas antes que se hagan evidentes a la paciente y que identifique cualquier cambio en ella con un diagnóstico de hipertensión inducida por el embarazo que sugiera progresión de la enfermedad.

La detección y el manejo temprano en mujeres con factores de riesgo, son decisivos para el manejo de la hipertensión inducida por el embarazo y la prevención de convulsiones, haciéndosele seguimientos regulares, por lo

que es preciso orientar acerca de cuando han de regresar para consultar a su proveedor de servicios de salud.

La educación de los miembros inmediatos de la familia es igualmente importante, no sola para que comprendan los signos de avance en la hipertensión inducida por el embarazo, sino también, para aumentar el apoyo social cuando sea necesaria la hospitalización y los cambios en las actividades laborales.

Los síntomas tempranos y las manifestaciones que se relacionan con preeclampsia más graves como dolor de cabeza persistente, visión borrosa, manchas o destellos luminosos ante la vista, dolor epigástrico, vómito, estupor o contracciones musculares son muy importantes. Los datos que se obtienen con respecto a estos síntomas además del estado nutricional, el consumo y la eliminación de líquido y las actitudes acerca del embarazo cuando se registran con precisión son de gran ayuda para planear el curso del tratamiento.

Se considera que el aumento de 450g por semanas es normal. El aumento repentino de más de 900 g por semanas deben observarse con sospecha y los aumento de más de 1360kg por semanas, con alarma. En caso que se produzcan aumento de peso de esta magnitud será necesario medir con mayor frecuencia la presión arterial y si también es anormal, se indica un control médico más estricto.

Como el edema de los dedos es un preludio frecuente de la pre eclampsia, que puede preceder a la hipertensión varias semanas, constituye una señal de aviso muy valiosa para la valoración; al investigar la sospecha de edema es importante preguntar a la paciente si sus anillos le aprietan; también es fundamental observar el edema de manos, brazos (superficie del cubito y muñeca) y cara. El edema facial por lo general no se hace aparente en

etapas tempranas. Se caracteriza por inflamación de párpados y rasgos toscos. (12)

La valoración inicial de los pres eclámpicos hospitalizados incluye todos los parámetros descritos y otros más. Se determina el peso de la paciente el día de la admisión y se registra a diario a la misma hora. Se toman los signos vitales y las lecturas de presión arterial cada dos o cuatro horas y con mayor frecuencia según el estado de la mujer o si recibe medicamentos. (15)

Las pacientes con pre eclampsia graves o crisis hipertensivas requieren valoración continua de presión arterial y presión arterial media. Se auscultan los pulmones para detectar signos de edema pulmonar. Se efectúan valoraciones a diarios o a intervalos más frecuentes si está indicado del consumo y producción de líquidos (cada hora para mujeres con pre eclampsia grave o crisis hipertensivas). La producción de orina debe ser de por lo menos 30ml/horas.

Se analizan las muestras de orina para determinar proteínas, gravedad específica y análisis de cilindros.

Uno de los elementos más significativo del examen físico que efectúa la enfermera es la valoración de reflejos porque las observaciones anormales indican patología del sistema nervioso central. Los signos de irritabilidad excesivas del sistema nervioso en general preceden al inicio de convulsiones en mujeres pre eclámpicas.

La valoración de los reflejos osteotendinosos profundos para valorar la presencia de hiperreflexia, signo de afectación neurológica, los que hay que investigar son el patelar, braquial y Aquiles.

Es importante que la enfermera recuerde observar la simetría en uno y otro lado del cuerpo el clono se valora mediante dorso flexión rápida del pies con ligera flexión de la rodilla.

Se puede observar oscilaciones involuntarias entre la flexión y la extensión cuando se aplica presión continua a la planta de los pies en pacientes hiperreflexicas. Si se encuentra dificultad para reproducir reflejos de elongación muscular la enfermera puede aplicar ciertas técnicas de refuerzo indicando a la paciente que contraiga otros músculos distintos a los que se califican.

Es de especial importancia que la enfermera vigile a la paciente con pre eclampsia moderada y grave para detectar cambios en el valor de conciencia y cualquier signo de convulsión inminente; la valoración crítica incluye determinar el estado de alerta de la paciente ante los estímulos externos y su estado interno de ánimo, estado de alerta y expresión emocional. Se efectuará observaciones con respecto a perturbación de la orientación y margen de atención. (13)

#### **6.17. Intervenciones de enfermería**

Durante el embarazo, la acción de enfermería es dar instrucciones a todas las mujeres acerca de la importancia de:

##### **En pre eclampsia (13)**

- ✓ ubique a la paciente en un ambiente tranquilo
- ✓ Coloque la bata a la paciente a su ingreso
- ✓ Controle el peso diario y talla
- ✓ Controle la presión arterial
- ✓ Valore el estado gestacional y del feto
- ✓ Controle las contracciones uterinas y FCF
- ✓ Controle reflejos tendinosos
- ✓ Valorar las extremidades para detectar edemas
- ✓ Valorarlas señales de peligro como: cefaleas, perturbaciones visuales
- ✓ Coloque a la paciente en decúbito lateral izquierdo si es posible permanente.
- ✓ Abra hoja y controle Ingeridos y Eliminados

- ✓ Inicie tratamiento médico
- ✓ Comunique al médico acerca del comportamiento de la tensión arterial y la cantidad de eliminación de orina.
- ✓ *Verificar la dieta correcta*
- ✓ Registre en hoja de enfermería fecha, hora y condiciones de la paciente.
- ✓ Oriente en forma verbal a la paciente y familiar acerca de la patología que presenta. (14)

### **En eclampsia (15)**

- ✓ Observe a la paciente si tiene dentadura postiza y retírela
- ✓ Proteja la lengua para evitar traumatismos, con cánula de mayo
- ✓ Coordine con todo el equipo de salud para la atención con la paciente
- ✓ Administre O2 húmedo por cánula nasal o por máscara nasal
- ✓ Controle presión arterial y deje el tensiómetro en forma permanente
- ✓ Mantenga las vías aéreas permeables
- ✓ aspire secreciones oro faríngeas en caso necesario y cuantifique, cantidad y características
- ✓ Realice cateterismo vesical
- ✓ Controle y registre ingeridos y eliminados
- ✓ Cumplir con indicación médica
- ✓ Valorar el nivel de conciencia
- ✓ Proporcionar y velar la seguridad física poniendo barandas laterales
- ✓ Valorar si existen signos de trabajo de parto o desprendimiento de placenta
- ✓ Deberá realizarse una atención individual y especializada
- ✓ Preparación pre operatoria PRN
- ✓ Registrar todas las acciones de enfermería e indicaciones médicas. (14)

### **6.18. Docencia en Hospitales**

Quizás no exista otro escenario en donde la docencia tenga mayor relevancia que en el hospital. El hospital es y debe ser el centro de la docencia en todas sus expresiones y a todos sus niveles, en el

sentido de que la docencia sistemática y docente es factor de estímulo para los trabajadores de la salud en general, al igual que prenda de garantía para los usuarios y especialmente por la imagen proyectada hacia la comunidad. (14)

Los sistemas tradicionales de vinculación al hospital señalan requisitos mínimos al aspirante, quien al ingresar sólo por el reconocimiento de éstos y desarrollar sus funciones sobre la base de los mismos, sin instrucción preliminar consistente produce generalmente deficiente rendimiento en su trabajo.

Los empleados que ingresan usualmente dispuestos a trabajar en las actividades que se les asigna y muchas veces como autómatas cumplen con las tareas tratando de imitar o aplicando la propia iniciativa.

La educación permanente escalonada, de manera que el de arriba instruya a los de su área de influencia y estos hacia abajo a quienes tengan algún tipo de relación directa, mediante la comunicación clara, generosa y amable conduce al verdadero trabajo en equipo, con resultados gratificantes tanto para los trabajadores como para los usuarios.

El rendimiento y la efectividad son pobres y grandes, la inconformidad de la comunidad que se siente mal atendida o maltratada; ésta además de demostrar su abierto descontento, se encarga de promover una mala imagen del hospital.

El personal encargado de conducir la educación permanente debe tener condiciones metodológicas que le permitan utilizar el idioma adecuado para el nivel del grupo.

Dicho personal debe tener capacidad de liderazgo y poder de motivación para fomentar a la vez el liderazgo entre los trabajadores que los



escuchan; esto significa que la labor docente no puede improvisarse y menos delegarse a la ligera en cualquier funcionario de la institución.

El trabajador de un hospital debe tomar conciencia, de que la persona que llega, no siempre lo hace de manera apacible o tranquila sino que muchos acceden exasperados por algún problema personal de salud o por la angustia originada ante la situación de algún familiar o amigo; esto lo entienden con mayor facilidad quienes poseen más bajo nivel cultural, por lo cual precisamente debe ser más positiva y objetiva la labor del educador.

La educación permanente debe ser evaluada respecto al proceso mismo, a los resultados que originen y muy especialmente al impacto que produzca significando una importante responsabilidad para el director, pues la eficiencia, la respuesta a la expectativa de la comunidad y la buena imagen en general, dependen en gran parte de ellos. Los hospitales de hoy frente a las nuevas modalidades de los sistemas de salud, se mueven necesariamente en la órbita de la competencia y ésta sólo puede ser favorable si todos, los profesionales a la cabeza son conscientes de la necesidad permanente actualización de conocimientos que se reflejen en la confianza del usuario y su satisfacción completa para los servicios que le prestan.

## **VII. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **7.1. Tipo de Estudio**

Se realiza un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal.

- Descriptivo porque se orienta al establecimiento de relaciones de causalidad, y relación de los hechos.
- De corte transversal, porque permite hacer un abordaje del problema en el estudio en un periodo de tiempo determinado.

### **7.2. Área de Estudio**

Se realiza mediante una observación del área de estudio del servicio de obstetricia del Hospital de la Mujer de tercer nivel situada en la ciudad de La Paz, zona Miraflores.

### **7.3. Universo y muestra**

#### **7.3.1. Población de referencia (Universo)**

Se toma como universo a la población profesional de enfermería que desempeñan sus funciones en el área de obstetricia del Hospital de la Mujer.

#### **7.3.2. Población de Estudio (Muestra)**

La muestra para el presente trabajo de investigación es la misma del universo de recursos humanos que es representativo 19 enfermeras porque el número de profesionales es limitado.

#### **7.4. Unidad de análisis**

Son las competencias en la calidad de atención

#### **7.5. Unidad de Observación**

- Son las enfermeras profesionales en enfermería que trabajan en obstetricia.

#### **7.6. Criterio de inclusión**

- Licenciadas profesionales en enfermería que desempeñan sus funciones en los servicios de obstetricia: Emergencias, Pre Parto, Parto, Medicina materno fetal, Puerperio Fisiológico y Puerperio Quirúrgico.
- Que trabajan permanente en el servicio de obstetricia por lo menos un año de antigüedad.

#### **7.7. Criterio de exclusión**

- Es el personal profesional de enfermería que trabajan en otros servicios como ser: Ginecología, Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Neonatología y área blanca.
- Personal profesional de enfermería que trabaja como volante
- Licenciadas profesionales que niegan su participación.

#### **7.8. Método e instrumentos**

##### **7.8.1. Métodos**

- Se aplica un instrumento para esta investigación a través de recolección de datos directo.

\*Encuesta de preguntas estructuradas

- Se realiza en todos los turnos en forma personal, para mantener la calidad de datos.

### **7.8.2. Instrumentos**

El instrumento es un formulario de elaboración propia para recolección de datos, son dirigidos directamente al profesional de enfermería, para la autoevaluación de habilidades y actitudes y años de experiencia, se aplica una encuesta escrito. (ANEXO 1)

### **7.8.3. Validación del instrumento y Prueba piloto**

Para la validación de este instrumento de recolección de datos se realiza una encuesta a través de una prueba piloto en cinco profesionales en enfermería en el manejo del Trastorno Hipertensivo gestacionales, seleccionadas aleatoriamente, esto para verificar si las preguntas estaban formuladas adecuadamente, con la aprobación de la jefa de enfermeras y jefe de enseñanza.

## **7.9. Aspectos éticos**

Las cuestiones éticas son las siguientes:

- Toda la actividad desarrollada en dicho trabajo son hechas previo consentimiento de las profesionales en enfermería encuestadas, por medio de la jefatura de enseñanza y de enfermería.
- Los datos obtenidos son de uso exclusivo del investigador, que en su presentación no se identificó nombres, los cuales son mantenidos en confidencialidad.

### **7.9.1. Comisión científica u autoridades**

Se envió cartas de solicitud a Dirección, Jefatura de enseñanza y jefatura de enfermería, para la realización de investigación “Competencias en la calidad de atención de trastornos hipertensivos gestacionales realizadas por profesionales de enfermería” en el hospital de la mujer de la paz, primer semestre 2013.

### **7.10. Plan de Tabulación**

Se tabula a través del Software EPINFO 3.2.5 de acuerdo a los resultados de las encuestas.

### **7.11. Procesamiento de datos**

El procesamiento de datos se lo realiza utilizando estadística descriptiva obteniendo porcentaje y por haber tomado una muestra del 100%.

### **7.12. Cuadros**

En los cuadros se muestran resultados obtenidos durante la Investigación con cuadros de acuerdo a las variables.

## VIII. RESULTADOS

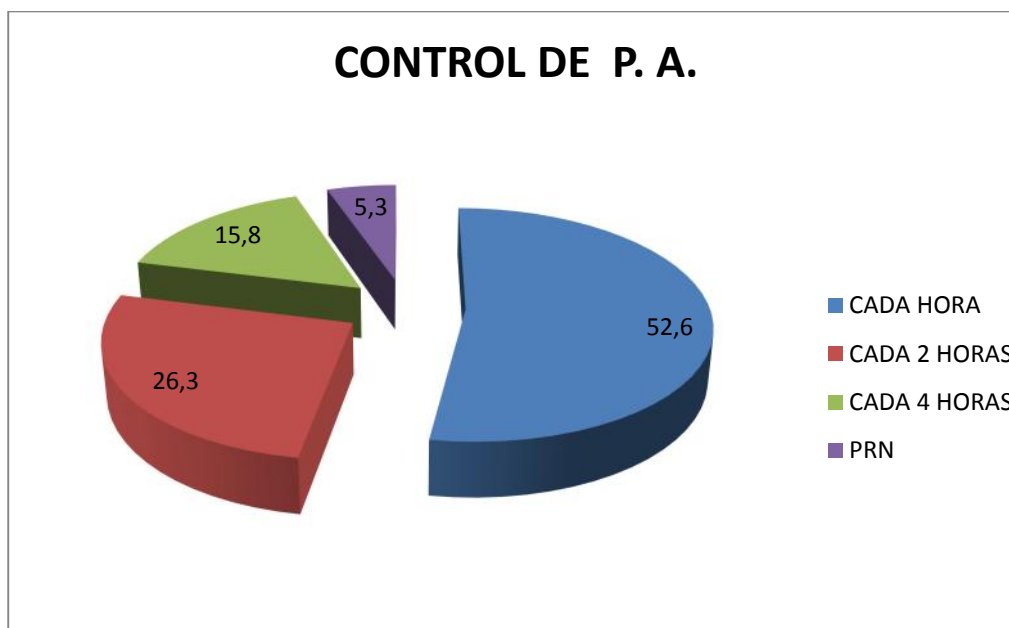
### CUADRO N° 1

**Enfermeras profesionales que realizan el control de presión arterial en pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales, en el servicio de obstetricia del hospital de la mujer.**

**LA PAZ – BOLIVIA  
2013**

<b>CONTROL DE PA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Cada hora	10	52.6 %
Cada 2 horas	5	26.3 %
Cada 4 horas	3	16.8%
PRN	1	5.3 %
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100.0 %</b>

Fuente. Elaboración propia



Fuente. Elaboración propia

Cuando existe un Trastorno Hipertensivo Gestacional y la paciente está hospitalizada, el control de la presión arterial debe ser cada hora y el 52.6 % de las entrevistadas realizan esta actividad y competencia establecida.

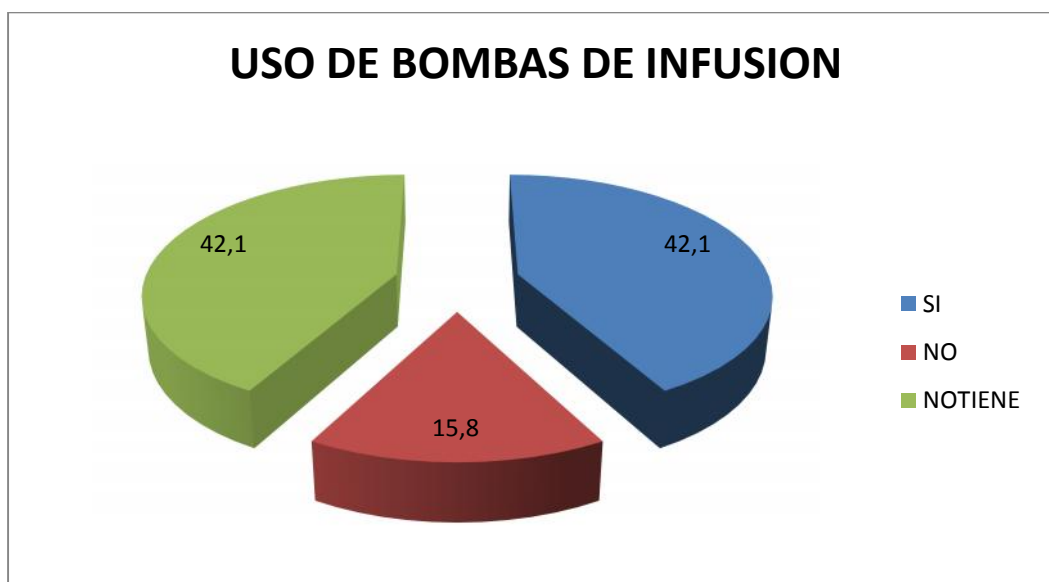
## CUADRO No 2

### Enfermeras Profesionales que usan bombas de infusión en pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales, en el servicio de obstetricia del Hospital de la Mujer.

La Paz – Bolivia  
2013

USO DE BOMBA DE INFUSION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	8	42.1 %
No	3	15.8 %
No hay en servicio	8	42.1 %
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100.0 %</b>

Fuente. Elaboración propia



Fuente. Elaboración propia

La mayor parte de las encuestadas no usan las bombas de infusión en pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales (57.8%), porque no tienen insumos o no consideran necesario por la forma del trabajo. Es una competencia aun no realizada.

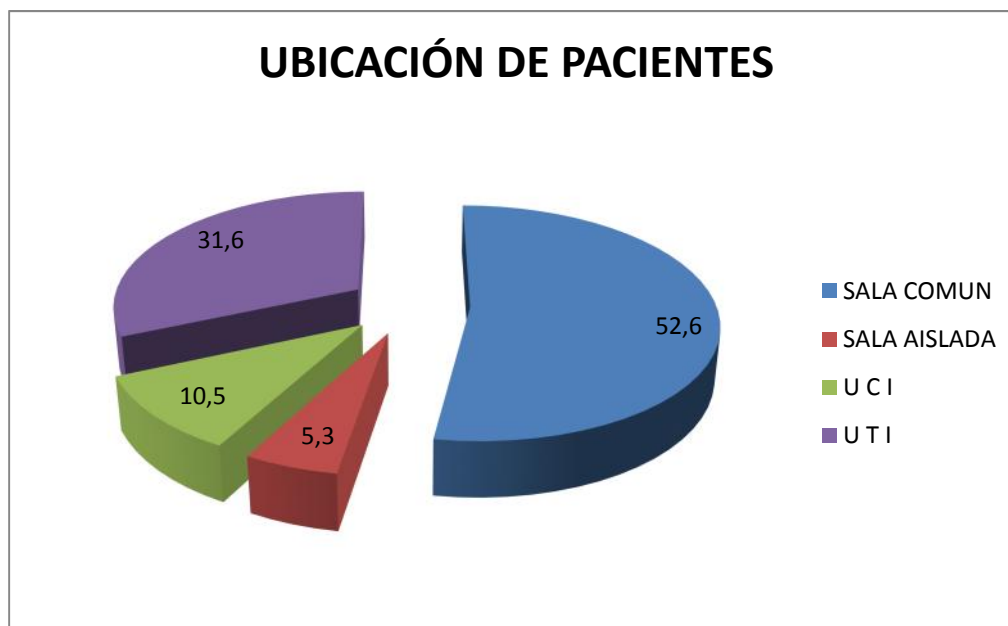
### CUADRO N° 3

**Ubicación de pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales en salas de internación, en el servicio de obstetricia del Hospital de la Mujer.**

La Paz – Bolivia  
2013

UBICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sala común	10	52.6 %
Sala aislada	1	5.3 %
U C I	2	10.5 %
U T I	6	31.6 %
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100.0 %</b>

Fuente. Elaboración propia



Fuente. Elaboración propia

La ubicación de las pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales es una competencia de enfermería que está relacionada con la Gestión cama, es decir con la valoración del estado crítico de la paciente y debe ser ubicada en sala aislada. Solo el 5.3 % realiza esta competencia.



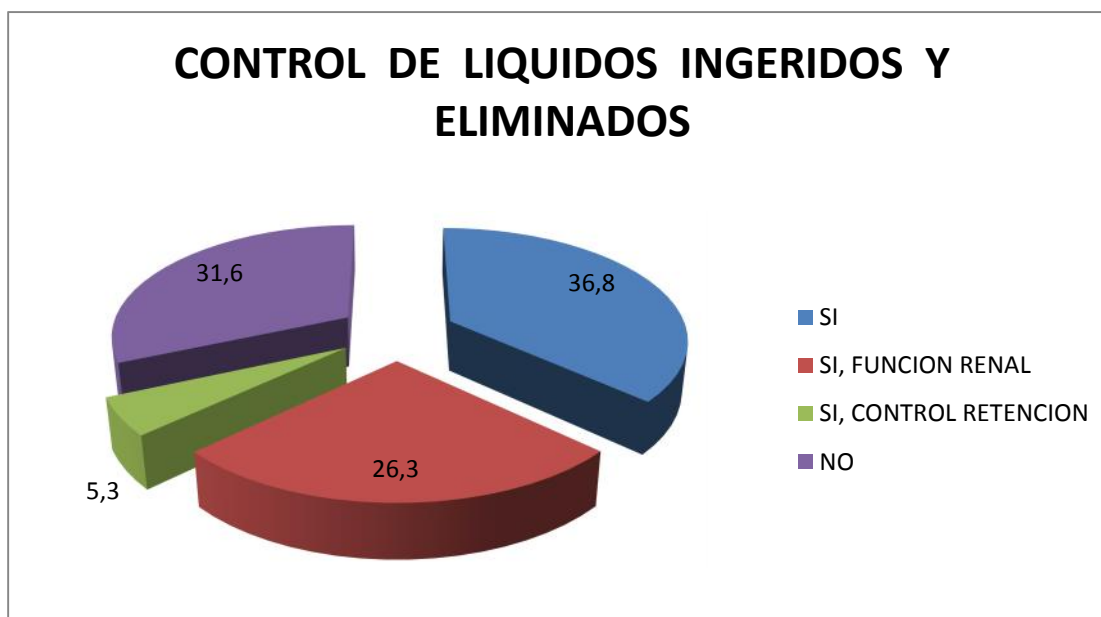
#### CUADRO N° 4

**Control de líquidos ingeridos y eliminados realizada por profesionales de enfermería en pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales, en el servicio de obstetricia del Hospital de la Mujer**

La Paz – Bolivia  
2013

CONTROL DE LIQUIDOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	7	36.8 %
Si, control renal	5	26.3 %
Si, control retención	1	5.3 %
No	6	31.6 %
<b>TOTAL</b>	19	100.0 %

Fuente. Elaboración propia



Fuente. Elaboración propia

El 68.4 % de las profesionales de enfermería entrevistadas realiza el control de líquidos ingeridos y eliminados, sin embargo esta competencia y actividad es realizada en forma regular (36.8 %), el control de función renal (26.3 %) o por retención de líquidos (5.3 %) que muestra un desconocimiento de esta competencia.

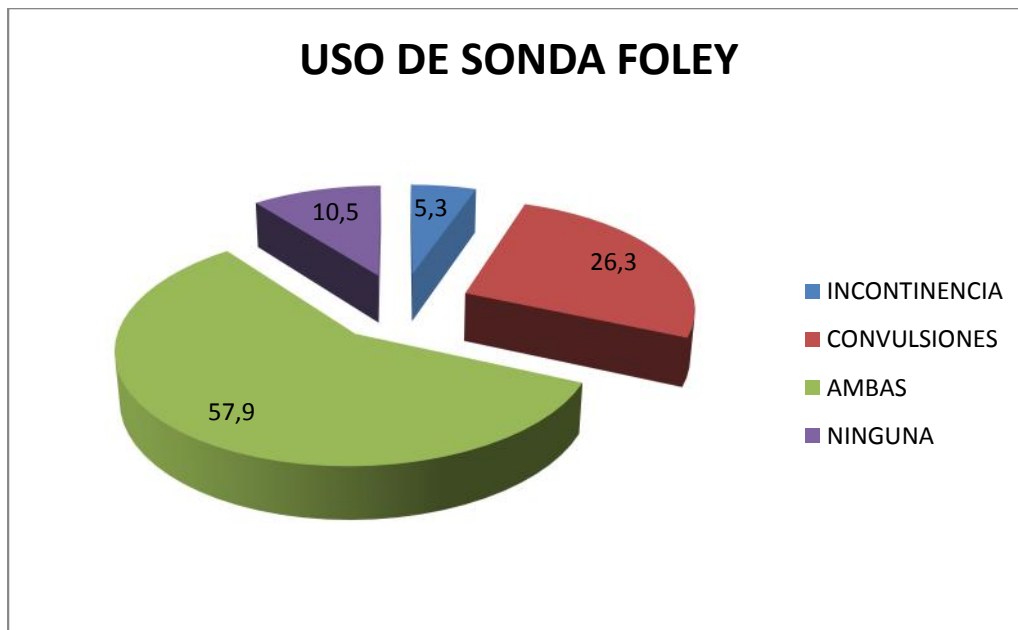
### CUADRO N° 5

**Enfermeras profesionales que usan Sonda Foley ante síntomas de pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales, en el servicio de obstetricia del Hospital de la Mujer.**

La Paz – Bolivia  
2013

USO DE SONDA FOLEY	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Incontinencia	1	5.3 %
Convulsiones	5	26.3 %
Ambas	11	57.9 %
ninguna	2	10.5 %
<b>TOTAL</b>	19	100.0 %

Fuente. Elaboración propia



Fuente. Elaboración propia

El uso de Sonda Foley se realiza cuando la paciente muestra incontinencia urinaria, por tanto esta competencia no se cumple porque solo el 5.3 % de las encuestadas realiza de esta manera siendo la mayor parte de manera regular (57.9%).

## CUADRO N° 6

**Frecuencia del control de peso por profesionales de enfermería en pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales, en el servicio de obstetricia del Hospital de la Mujer.**

La Paz – Bolivia  
2013

CONTROL DE PESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Diario	17	89.5 %
PRN	2	10.5%
<b>TOTAL</b>	19	100.0 %

Fuente. Elaboración propia



Fuente. Elaboración propia

El gráfico muestra que es una actividad y competencia realizada en forma regular en pacientes con Trastornos Hipertensivos gestacionales (89.5%).

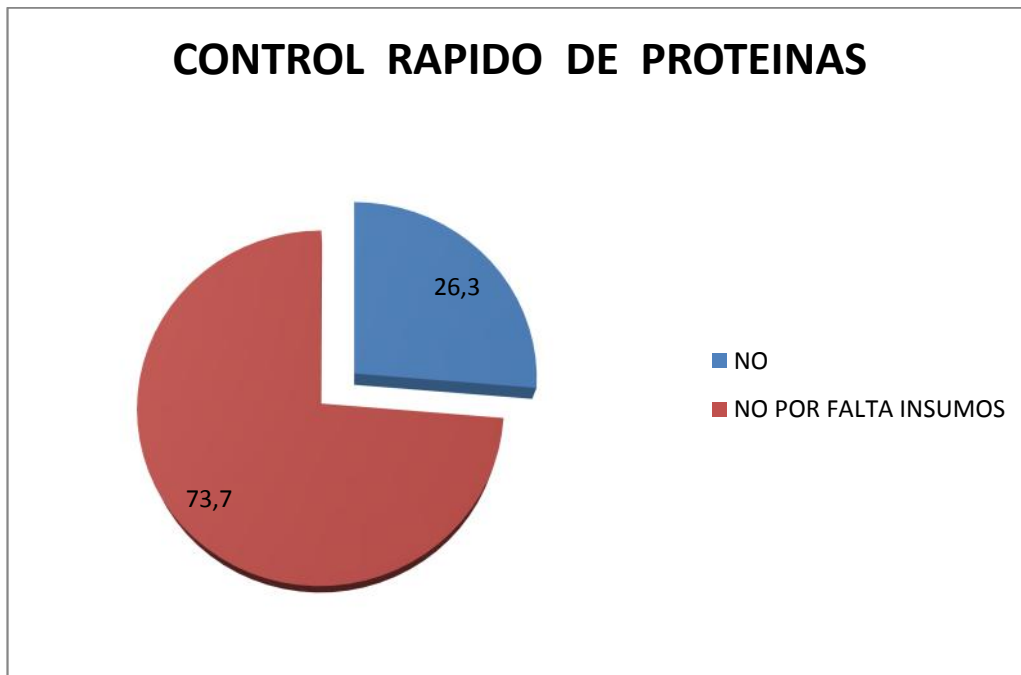
## CUADRO N° 7

### Control rápido de proteínas por enfermeras profesionales en pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales, en el servicio de obstetricia del Hospital de la Mujer.

La Paz – Bolivia  
2013

CONTROL DE PROTEINAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	5	26.3 %
No por falta de insumos	14	73.7 %
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100.0 %</b>

Fuente. Elaboración propia



Fuente. Elaboración propia

No se realiza esta competencia que es básica para el control de los Trastornos Hipertensivos gestacionales, el 73.7 % atribuye a la falta de insumos.

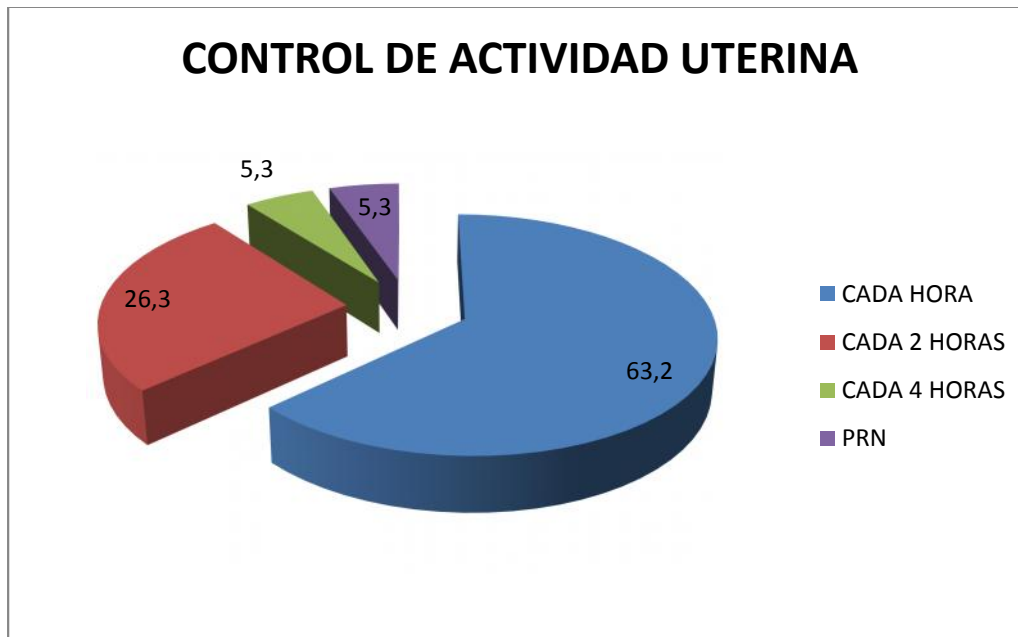
## CUADRO N° 8

### Control de actividad uterina en pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales, en el servicio de obstetricia del Hospital de la Mujer.

La Paz – Bolivia  
2013

CONTROL DE ACTIVIDAD UTERINA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cada hora	12	63.2 %
Cada 2 horas	5	26.3 %
Cada 4 horas	1	5.3 %
PRN	1	5.3 %
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100.0 %</b>

Fuente. Elaboración propia



Fuente. Elaboración propia

Si bien esta actividad está en relación a la evolución de la paciente, lo recomendable es controlar cada hora y el 63.2 % realiza esta actividad.

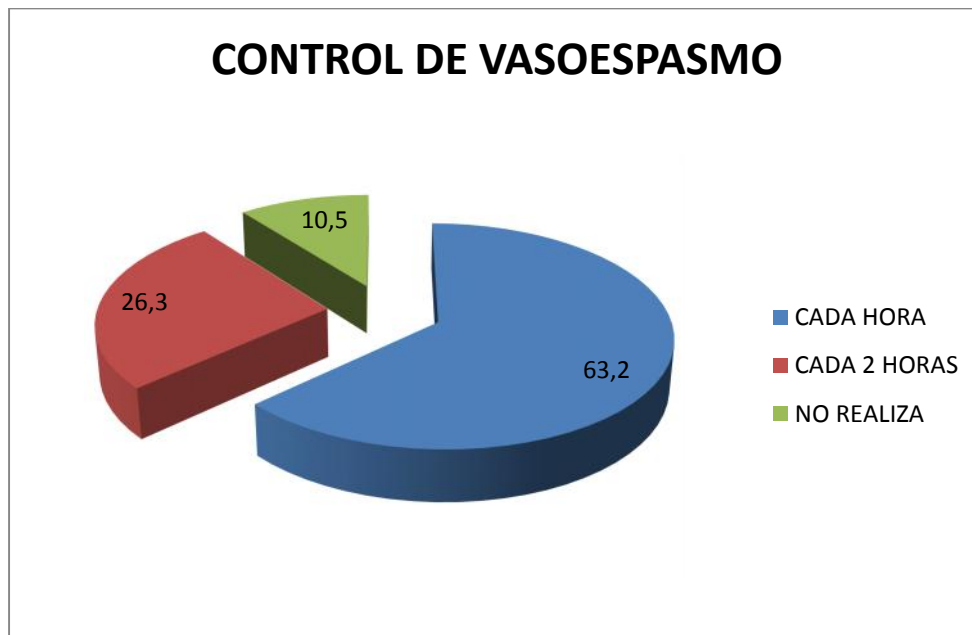
## CUADRO N° 9

### Control de enfermería del vasoespasmo en pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales, en el servicio de obstetricia del Hospital de la Mujer.

La Paz – Bolivia  
2013

CONTROL DE VASOESPASMO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cada Hora	12	63.2 %
Cada 2 horas	5	26.3 %
No realiza	2	10.5 %
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100.0 %</b>

Fuente. Elaboración propia



Fuente. Elaboración propia

El control de vasoespasmo es una competencia del profesional de enfermería que debe realizarse junto al control de la presión arterial y realizan las enfermeras en el 63.2 % de las encuestadas.

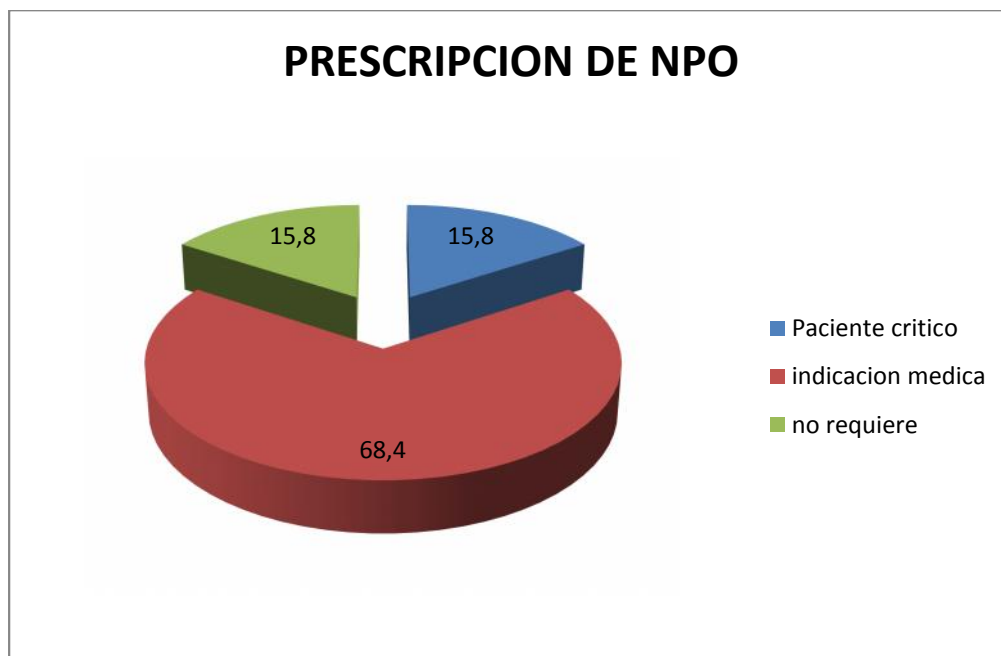
## CUADRO N° 10

### Prescripción de N P O por enfermeras profesionales en pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales, del servicio de obstetricia del Hospital de la Mujer.

La Paz – Bolivia  
2013

PRESCRIPCION DE NPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Estado crítico de paciente	3	15.8 %
Indicación médica	13	68.4 %
No es necesario	3	15.8 %
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100.0 %</b>

Fuente. Elaboración propia



Fuente. Elaboración propia

No existe aplicación del plan de enfermería en pacientes que no deben recibir nada por vía oral porque la mayor parte de las enfermeras esperan la indicación médica (68.4%) aun no cumplen con esta competencia propia de enfermería.

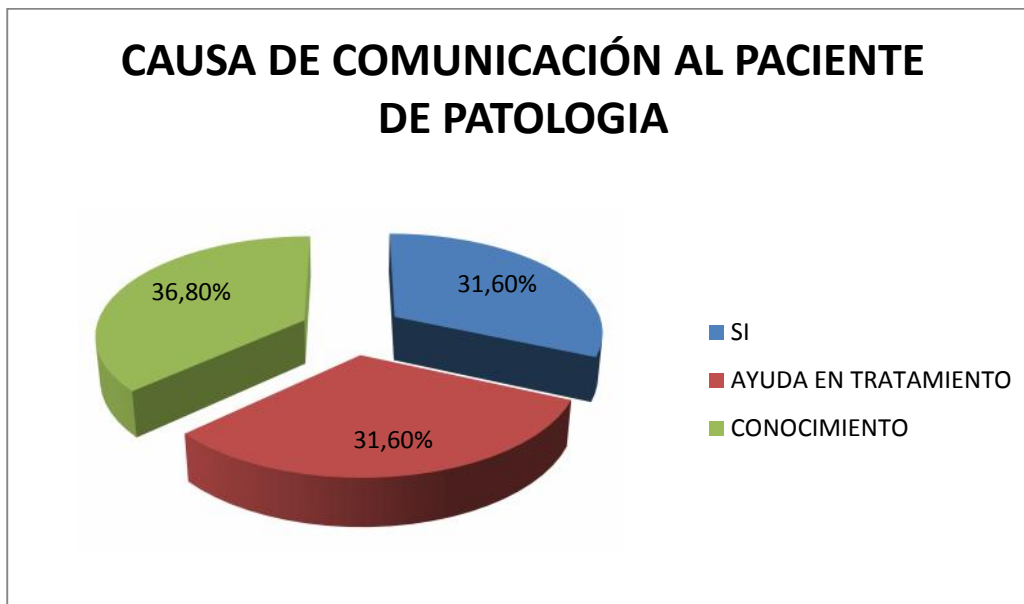
## CUADRO N° 11

**Causas de comunicación e involucramiento de los pacientes en el tratamiento por Trastornos Hipertensivos Gestacionales, en el servicio de obstetricia del Hospital de la Mujer.**

La Paz – Bolivia  
2013

CAUSAS DE COMUNICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	6	31.6
Para colaboración	6	31.6
Conocimiento	7	36.8
<b>TOTAL</b>	19	100.0 %

Fuente. Elaboración propia



Fuente. Elaboración propia

Esta competencia está dividida en sus causas de comunicación si bien todas comunican la causa no es común y el mensaje puede ser interpretado de diferente manera, así el 36.8 % considera que es una comunicación solo de la enfermedad y otro porcentaje similar solo realiza en forma regular sin objetivo de enfermería (31.6 %) esta competencia no se realiza por motivos científicos de enfermería.



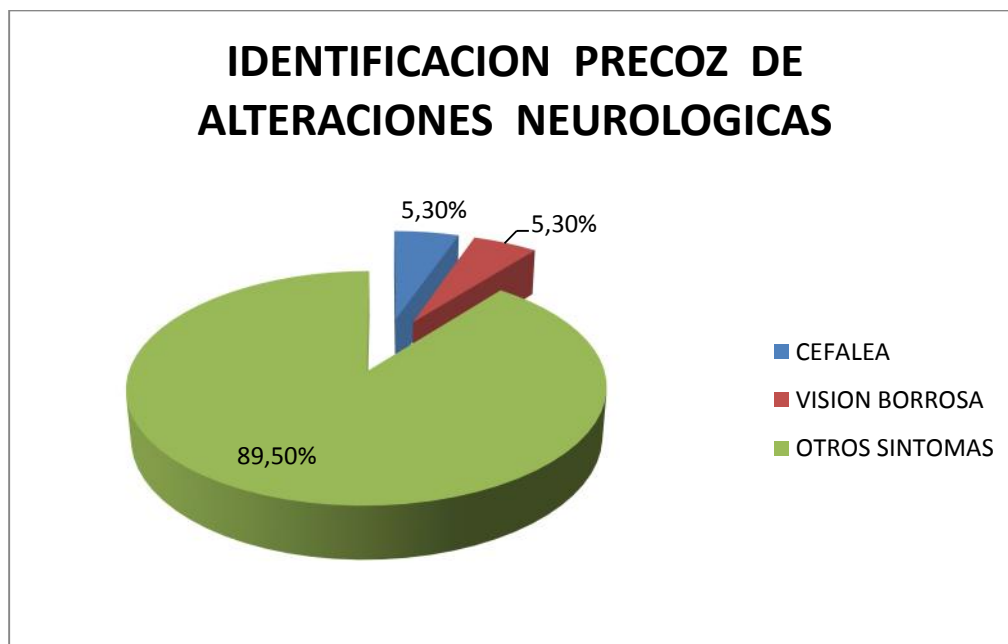
## CUADRO N° 12

### Identificación precoz de alteraciones cerebrales y visuales de pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales, en el servicio de obstetricia del Hospital de la Mujer.

La Paz – Bolivia  
2013

IDENTIFICACION PRECOZ	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cefalea	1	5.3 %
Visión borrosa	1	5.3 %
Otros síntomas	17	89.5 %
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100.0 %</b>

Elaboración. Elaboración propia



Fuente. Elaboración propia

Competencia que no se realiza el 89.5 % de las entrevistadas requieren de otros síntomas y signos para detectar alteración neurológica en pacientes con hipertensión gestacional.

### CUADRO N° 13

#### Control de oliguria por enfermería en pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales, en el Servicio de Obstetricia del Hospital de la Mujer.

La Paz – Bolivia  
2013

CONTROL DE OLIGURIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	16	84.2 %
No	3	15.8%
TOTAL	19	100.0 %

Fuente. Elaboración propia



Fuente. Elaboración propia

Es una competencia y actividad realizada en forma regular en el 84.2 % de las encuestadas.

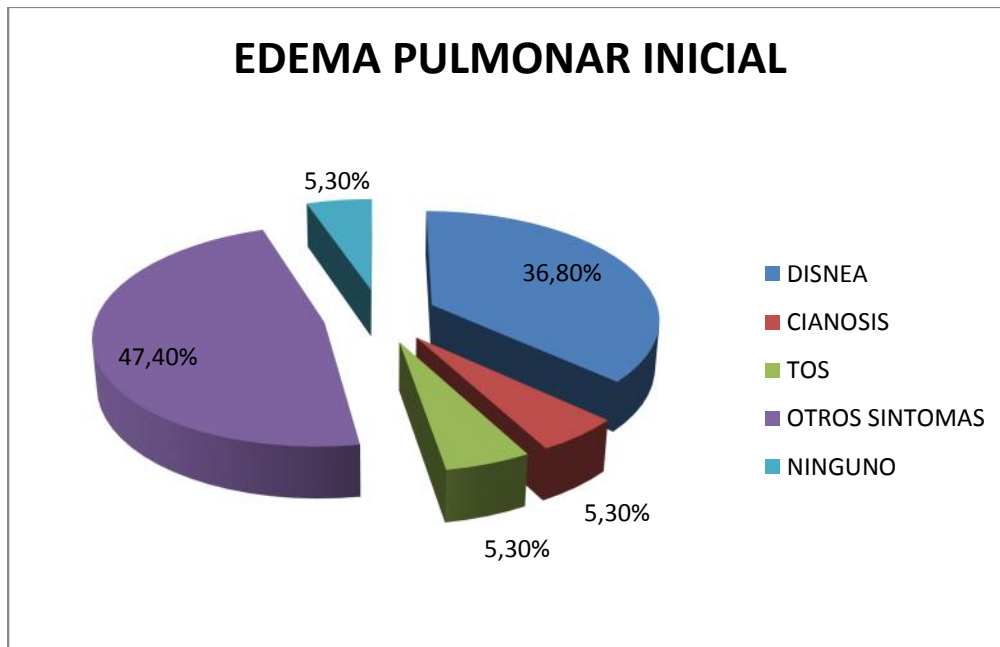
## CUADRO N° 14

**Enfermeras profesionales que identifican precozmente el edema pulmonar inicial en pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales, en el servicio de obstetricia del Hospital de la Mujer.**

La Paz – Bolivia  
2013

EDEMA PULMONAR INICIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Disnea	7	36.8 %
Cianosis	1	5.3 %
Tos	1	5.3 %
Otros síntomas	9	47.4 %
ninguno	1	5.3 %
<b>TOTAL</b>	19	100.0 %

Fuente. Elaboración propia



Fuente. Elaboración propia

Otra competencia que no se cumple, porque esperan un conjunto de síntomas para diagnosticar un edema pulmonar (47.4 %), que demuestra la falta de conocimiento de sus competencias profesionales.

### CUADRO N° 15

**Comunicación del estado de la paciente a otros profesionales de pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales, en el servicio de obstetricia del Hospital de la Mujer.**

La Paz – Bolivia  
2013

COMUNICACIÓN INTERNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	18	94.7 %
Alguna vez	1	5.3 %
<b>TOTAL</b>	19	100.0 %

Fuente. Elaboración propia



Fuente. Elaboración propia

Una actividad y competencia que se realiza en forma regular y demuestra el trabajo en equipo ante pacientes con Trastornos de Hipertensión Gestacional (94.7 %).

### CUADRO N° 16

**Realización de acciones inmediatas por enfermería ante pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales, en el servicio de obstetricia del Hospital de la Mujer.**

La Paz – Bolivia  
2013

<b>ACCIONES INMEDIATAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Realiza	19	100 %
<b>TOTAL</b>	19	100.0 %

Fuente. Elaboración propia

### CUADRO N° 17

**Organización de tiempo del profesional de enfermería para la atención de pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales, en el servicio de obstetricia del Hospital de la Mujer.**

La Paz – Bolivia  
2013

<b>ORGANIZACIÓN DE TIEMPO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Organiza su tiempo	19	100 %
<b>TOTAL</b>	19	100.0 %

Fuente. Elaboración propia

Los cuadros 16 y 17 demuestran las actividades y competencias realizadas en su totalidad que es el esperado en la atención de pacientes con Trastornos Hipertensivos gestacionales.

### CUADRO N° 18

**Enfermeras profesionales que colocan a la paciente en decúbito lateral izquierdo por Trastornos Hipertensivos Gestacionales, en el servicio de obstetricia del Hospital de la Mujer.**

La Paz – Bolivia  
2013

POSICION DE CUBITO LATERAL IZQUIERDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	1	5.3 %
Si	18	94.7 %
<b>TOTAL</b>	19	100.0 %

Fuente. Elaboración propia



Fuente. Elaboración propia

Actividad y competencia que se realiza en el 94.7 % de los casos y demuestra la ejecución de la competencia.

### CUADRO N° 19

#### Enfermeras que supervisan la dieta de las pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales, Hospital de la Mujer.

La Paz – Bolivia  
2013

SUPERVISION DE DIETA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	17	89.5 %
No	2	10.5 %
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100.0 %</b>

Fuente. Elaboración propia



Fuente. Elaboración propia

Es evidente que la dieta es responsabilidad de nutrición sin embargo es una competencia del profesional de enfermería que se cumple en el servicio de obstetricia del Hospital de la Mujer en el 89.5 % de los casos.

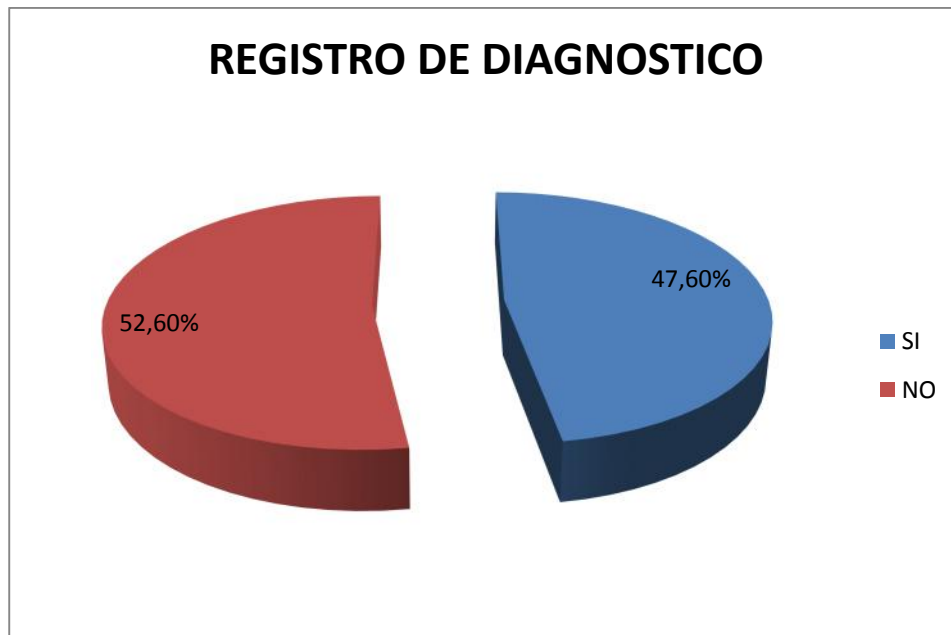
## CUADRO N° 20

**Registro del diagnóstico de enfermería en el reporte de pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales, en el servicio de obstetricia del Hospital de la Mujer.**

La Paz – Bolivia  
2013

REGISTRO DE DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	9	47.4 %
No	10	52.6 %
<b>TOTAL</b>	19	100.0 %

Fuente. Elaboración propia



Fuente. Elaboración propia

Es una competencia que no se realiza (52.6%) porque solo se registra las actividades desarrolladas en el tratamiento en la hoja de Enfermería.



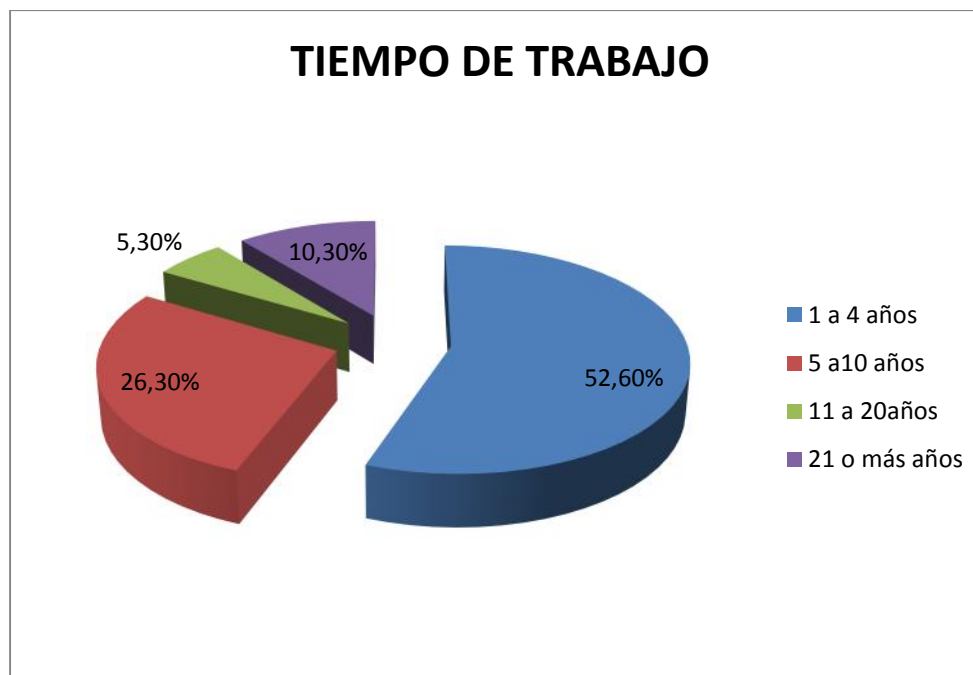
## CUADRO N° 21

### Tiempo de trabajo del profesional de enfermeras en el área de obstetricia en el Hospital de la Mujer.

La Paz – Bolivia  
2013

TIEMPO DE TRABAJO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 a 4 años	10	52.6 %
5 a 10 años	5	26.3 %
15 a 20 años	1	5.3 %
Más de 21 años	2	10.5 %
<b>TOTAL</b>	19	100.0 %

Fuente. Elaboración propia



Fuente. Elaboración propia

El personal de enfermería encuestada es joven con pocos años de servicio en el área de obstetricia (52.6%) que muestra la necesidad de transformar las actividades regulares de los estándares en competencias realizadas.

## **IX. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN**

Las actuales demandas de la sociedad en la formación de sus profesionales, intentan ser satisfechas por un nuevo paradigma: el de la competencia profesional al cual no se sustrae el área de enfermería.

En la competencia se destaca la relación entre dos elementos claves: la persona y sus atributos, y la situación o el contexto profesional en la que se desempeña. El desarrollo de actividades por competencias desde hace unos años se encuentra presente en varias profesiones, entre ellas la enfermería. Las competencias de la enfermera profesional determinan aquello que debe observarse y pueda ser evaluado, además de constituir el eje de todo el proceso de atención de calidad.

Son múltiples las actividades y tareas que cumple enfermería, que en conjunto deben demostrar calidad en la atención del paciente, así las competencias son una de las formas de mejorar la calidad de atención en cualquier área de actividad de las profesionales de enfermería y principalmente en patologías con características críticas donde se observa con nitidez la formación profesional (conocimientos) y el uso de los mismos en la determinación de signos críticos (habilidades y destrezas) como podemos ver en la atención de las pacientes con Trastornos Hipertensivos Gestacionales en el servicio de Obstetricia que fue y es un referente para realizar control de competencias en los hospitales.

La hipertensión arterial es una patología importante que adquiere preocupación cuando aparece en el embarazo y corresponde a trastornos hipertensivos gestacionales que afectan a mujeres gestantes en extremos de la vida fértil, pero más importante es la actitud, destrezas y habilidades de las enfermeras profesionales que realizan la atención profesional de la paciente, cuya evaluación en la calidad a competencias profesionales, origina la necesidad de contar con guías de evaluación de estas competencias.

La formación de la Enfermera Profesional para el trabajo es una mezcla entre educación, experiencia laboral y formación específica adquirida a lo largo de la

vida, de ahí que las competencias se definan y se construyen en la práctica social y son una tarea conjunta entre el Hospital, la enfermera y los pacientes

Se determinó que el conocimiento es un parámetro básico para el trabajo en el área de Obstetricia, porque no se puede tener personal improvisado en un área de constante movimiento y atención a pacientes gestantes, sin embargo, este rubro de trabajo importante se corroboró con un cuestionario de habilidades o destrezas que fueron respondidas en forma libre, capaz,, así el control de hipertensas la realizan cada hora (52.6%), controlan líquidos ingeridos y eliminados (58,2%), controlan el peso diariamente (89.5%), controlan o monitorizan la actividad uterina (63.2%) y controlan la oliguria (84.2%), estas características muestran un buen conocimiento de los trastornos hipertensivos gestacionales confirmando la ejecución de competencias con buen nivel de determinación, decisión y valor.

Pero, existen otros parámetros que no son plenamente desarrollados como el no usar bombas de infusión en el servicio (56.9%), la falta de control de proteínas de manera rápida por test (68.4 %) que se explican por la falta de insumos, antes que actitudes y destrezas ausentes de las profesionales.

Cabe señalar que las enfermeras profesionales encuestadas muestran una dependencia del médico, por ejemplo no se realiza la indicación de NPO (68.4%), identificación de signos de alarma en o diagnostico precoz en alteraciones neurológicas (89.5%), edema pulmonar inicial (94.7%), registro de diagnóstico de enfermería en hoja de reporte (52.6%) destrezas que están en relación con la calidad, porque las competencias exigen de la profesional de enfermería.

Como ocurre con otras profesiones, medir la competencia se ha convertido en una parte crítica de la enfermería. Entender los diferentes tipos (y usos) de las competencias te asegurará aprovechar al máximo estas útiles herramientas. Los resultados más alentadores están en las actitudes, como responder inmediatamente ante emergencias por trastornos hipertensivos gestacionales,,

organización del tiempo de trabajo para atender estas pacientes, cuidados con la posición (94.7%) y supervisión de la dieta (89.5%) comunicación con la paciente y la familia (94.7%), comunicación con otros profesionales (36.8%) para trabajar en equipo multidisciplinario, uso de sonda Foley en convulsiones (57.9%), llamando la atención el tratamiento en sala común (52.6%) que muestran la actitud de la enfermera profesional.

La competencia profesional de enfermería más que una moda se trata de una necesidad para enfrentar la problemática actual de salud en el país. Los resultados no fueron favorables; ya que se demostró que las enfermeras no integran los tres saberes (habilidades, conocimientos y actitudes) lo cual es sinónimo de que no son competentes en su profesión. Esto nos permite darnos cuenta de la realidad de nuestro país; no se ha enfrentado a la problemática en salud por que no se hacen las detecciones de manera oportuna y adecuada, esto limita el avance del impacto que se desea lograr en la salud. Sería ideal que se realizaran más investigaciones de este tipo para darnos cuenta de las necesidades y planear estrategias que lleven a desempeños adecuados.

## **X. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **10.1. Conclusiones**

Al determinar las competencias de las profesionales de enfermería para la calidad de atención de los trastornos hipertensivos gestacionales del servicio de obstetricia en el Hospital de la Mujer, una vez procedida la aplicación de la encuesta se observa que:

- a. Existe una ejecución de competencias con buen nivel de determinación, decisión y valor. Así mismo en las destrezas y habilidades, se observa:
  - ✓ Buena práctica como en el control de Ingeridos y eliminados, peso, oliguria, comunicación interna, supervisión de dieta, posición de cubito lateral Izquierdo, organización de su tiempo exclusivo y toman acciones inmediatas.
  
- b. Existen otros parámetros que no son plenamente desarrollados:
  - ✓ El control y diagnóstico precoz de alteraciones cerebrales, edema pulmonar, presión arterial, actividad uterina, NPO, uso de sonda Foley, control rápido de proteínas, control de vasoespasmo, ubicación de la paciente y Diagnostico de enfermería, que son vitales en el control y seguimiento de Trastornos Hipertensivos Gestacionales.

Entre otras competencias que debe realizar la enfermera están sujetas al diagnóstico médico y su indicación de tratamiento y conducta con la paciente.

- c. No existe una guía de competencias de calidad para trastornos Hipertensivos Gestacionales en el Hospital de La Mujer, siendo el manejo de enfermería con limitaciones en la eficiencia y eficacia en la atención de pacientes.
  
- d. La tendencia actual a evaluar la actividad profesional por competencias permite elaborar y presentar una guía de competencias de enfermería para la atención de trastornos hipertensivos gestacionales con criterio

sistematizado, unificación de procesos y fortalecimiento de conocimientos, con el fin de evitar complicaciones.

## **10.2. Recomendaciones**

- a. Las enfermeras requieren empoderarse de sus competencias para un mejor manejo de pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales, mejorando la calidad de atención a las pacientes y desarrollando sus potencialidades.
- b. Es necesario elaborar un manual de competencias por áreas de trabajo y usar guías de competencias para el control de Trastornos Hipertensivos Gestacionales
- c. Validar y proponer la implementación de la guía elaborada para su aplicación y control de los Trastornos Hipertensivos Gestacionales que guíe y norme la competencia de todas las enfermeras, ya que es una complicación obstétrica y frecuente.
- d. Capacitación, evaluación y supervisión periódica al personal de enfermería en respuesta a habilidades actitudes y destrezas de diagnóstico precoz siguiendo las competencias para un trabajo adecuado en equipo
- e. Debe existir una normativa para que el servicio de Obstetricia en Enfermería cumpla con las competencias de calidad.

## XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### Textos

1. Marriner, T. Ann. Guía de Gestión y Dirección de Enfermería. 2001 Sexta edición, Mosby, España.
2. Wesley Ruby. Teorías y Modelos de Enfermería, Mc GRAW –HILL Interamericana, México, 1997.
3. Salvadores Paloma, Sánchez Francisco M. Manual de Administración de los Servicios de Enfermería. Ariel ciencias médicas, 2002 España.
4. Marriner, T. Ann. Guía de Gestión y dirección de enfermería. 2001 Sexta edición, Mosby, España.
5. ACOFAEN. Directrices para la Enseñanza de Enfermería en la Educación Superior. Gráficas Ducal, Bogotá, 2006.
6. Reeder, Martín, Koniak. (2002): Enfermería Materno infantil. (17ª edición). México: McGraw - Hill.
7. Schwarcz, Sala, Duverges. (2001): *Obstetricia*. (5ª edición).Argentina: El Ateneo.
8. Reyes A, Sandra. *Recopilación Bibliográfica: Salud Integral a la Mujer II*. Nicaragua.(2003)
9. MINSA, FONMAT. (Mazo 2002): *Protocolo para la Atención Obstétrica y Pediátrica, dirigido al personal Médico*. Nicaragua.
10. J. González - Merlo. (2002): *Obstetricia*. (4ta. Ed.). España: Masson.
11. OMS, UNICEF, FNUAP. (2002): *Protocolos de Atención en Urgencias Obstétricas*. EUA.
12. Queenan, John T. (2005): *Atención del Embarazo de Alto Riesgo*. (2ª edición). México: Manual Moderno.
13. Ministerio de Salud y Previsión Social. Manual de procedimientos de enfermería para la atención de la mujer y el Recién Nacido. Paz-Bolivia 2201
14. Roviria, Elías. (2001): *Urgencias en Enfermería*. (2ª edición). Madrid, Valencia: Difusión Avances de Enfermería

15. Salvadores Paloma, Sánchez Francisco M. Manual de Administración de los Servicios de Enfermería. Ariel ciencias médicas, España 2002.

### **Páginas Web**

16. Alleyne. G. Medicina Familiar en [www.facmed.unam.mx/depto/familiar/bol.18](http://www.facmed.unam.mx/depto/familiar/bol.18) de Marzo, 2012. 03:30am
17. Alleyne G. A.O *Introducción a la Práctica en [www.facmed.unam.mx/familiar/bol52](http://www.facmed.unam.mx/familiar/bol52)* 24 de Mayo 2013.19:00pm.
18. Nolazco M.L y Rodríguez L.Y. Morbilidad Materna en Gestantes Adolescentes en [med.unne.edu.ar/revista/revista](http://med.unne.edu.ar/revista/revista), Abril 2013, Pág. 13-18pm.
19. Jácome M.J. Medicina familiar. Acta de reuniones del equipo de medicina familiar. Colombia Bogotá, en [preventiva.wordpress.com/calcio-y-preeclampsia19/03/2013](http://preventiva.wordpress.com/calcio-y-preeclampsia19/03/2013).17:05pm.
20. Duley L. Pre eclampsia y Eclampsia en Hipertensión arterial en [www.metroSac.com/articulos/Hipertension](http://www.metroSac.com/articulos/Hipertension). 1° de Abril, 2013. 20:48pm.
21. OPS/OMS. La Estrategia de Cooperación en [www.who.int/countryfocus/cooperation-strategy/ccs-bol-es.pdf-25/](http://www.who.int/countryfocus/cooperation-strategy/ccs-bol-es.pdf-25/) Octubre/2012/.23:54pm.
22. León N. Metodología de la investigación pedagógica y psicológica. Segunda parte; en [bvs.sld.cu/revistas/ems/vol22\\_4.../ems06408.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol22_4.../ems06408.htm). 2012/03/15. 23:00pm.
23. González D. C<sup>1</sup> y Sánchez S. L<sup>2</sup> . Competencias Laborales del Profesional de Enfermería en [http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17\\_15/05/2013./18:00pm](http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17_15/05/2013./18:00pm).
24. Urbina. O, Torres J. Guía terapéutica para la atención primaria para el control de la Hipertensión Arterial en [http://bvs.sld.cu/Hipertension-arterial/ems/vol22\\_4\\_08/ems06408.htm](http://bvs.sld.cu/Hipertension-arterial/ems/vol22_4_08/ems06408.htm). 2013/04/15./17:45pm
25. Gutiérrez B. Satisfacción profesional del personal de enfermería asistencial durante el desarrollo profesional en hospitales en [www.monografias.com/...competencias\\_profesionales...enfermeria](http://www.monografias.com/...competencias_profesionales...enfermeria) 17/03/2013./20:00pm.



**XII. ANEXOS**

***XIII. ANEXOS***

## 12.1. Anexo 1: Instrumento

# **ANEXO 1 INSTRUMENTO**

**ENCUESTA A PERSONAL DE ENFERMERÍA  
SOBRE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES (THG)**

Distinguida Colega:

Se realiza el presente relevamiento de datos sobre el trabajo de enfermería en los trastornos hipertensivos gestacionales en nuestro medio, con el objetivo de disminuir los efectos adversos de esta patología. Por lo que el cuestionario es anónimo y requiere de usted las respuestas con mayor honestidad para lograr los fines que persigue la encuesta.

**La respuesta que considere correcta subraya y los puntos suspensivos es de complementación**

1.- Cada que tiempo controla la presión arterial en pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales.

Cada hora      cada 2 horas      cada 3 horas      PRN      ninguna

2.- Utiliza bomba de infusión en pacientes con trastornos hipertensivos gestacionales

Si      No      porque.....

3.- Donde ubica a la paciente internada con trastorno hipertensivo gestacional

Sala común      sala aislada      UTI      UCI

4.- Realiza control de líquidos ingeridos y eliminados en forma rutinaria

Si      No      porque.....

5.- Cuando cateteriza vejiga con sonda Foley

En convulsiones      en incontinencia      en ambas

6.- Controla el peso de la paciente con THG

Diariamente      cada 2 días      cada semana      por requerimiento

7.- Realiza el control rápido de proteínas en orina con cintillas

Si      No      porque.....

8.- Como controla la actividad uterina y frecuencia cardiaca fetal en pacientes con THG

Cada hora      cada 2 horas      cada 3 horas      PRN      ninguna

9.- El control de los datos de vaso espasmo en pacientes con THG se debe efectuar cada:

Cada hora      cada 2 horas      cada 3 horas      PRN      ninguna

10.- la paciente con THG debe estar en NPO

Por indicación médica                      por estado crítico                      no es necesario

11.- Involucra sobre los procedimientos o intervenciones a la paciente y familiares en el tratamiento de THG

Si                      No                      porque.....

12.- Las alteraciones cerebrales o visuales se manifiestan por

Tinnitus                      cefalea                      fosfenos                      visión borrosa                      todas                      ninguna

13.- La oliguria es un criterio de THG

Si                      No                      porque.....

14.- Como se identifica inicialmente el edema pulmonar en paciente con THG

Tos                      disnea                      cianosis                      ninguna                      todos

15.- Comunica a otros profesionales de cualquier alteración de THG

Si                      No                      alguna vez

16.- Toma acciones inmediatas con las pacientes que presenta THG

Si                      No                      alguna vez

17.- Organiza su tiempo para atender a pacientes con THG

Si                      No                      porque.....

18.- Coloca a la paciente en decúbito lateral izquierdo

Si                      No                      porque.....

19.- Verifica la dieta correcta de la paciente con THG

Si                      No                      porque.....

20.- Registra el Dx. de enfermería de pacientes con THG

Si                      No                      porque.....

21.- Que tiempo trabaja en el Servicio de Obstetricia:.....

Gracia

12.2. Anexo 2: Solicitud de Cartas

**ANEXO 2**  
**SOLICITUD DE**  
**CARTAS**

### 12.3. Anexo 3: Consentimiento Informado

**ANEXO 3**  
**CONSENTIMIENTO**  
**INFORMADO**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Lic. En Enfermería.....

Con previa antelación e información recibida sobre la colaboración de encuesta de Trastornos Hipertensivos Gestacionales realizado en el servicio de Obstetricia del hospital de la Mujer la Paz, acepto colaborar con dicha encuesta a la Lic. Victoria Valencia Yana.

-----  
FIRMA

N° C.I

La Paz, Mayo 2013

**12.4. Anexo 4: Guía de Competencias de Trastornos Hipertensivos Gestacionales**

**ANEXO 4**  
**GUÍA DE**  
**COMPETENCIAS**



***GUÍA DE COMPETENCIAS DEL PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DE ATENCIÓN DE  
PACIENTES HOSPITALIZADOS CON TRASTORNOS  
HIPERTENSIVOS GESTACIONALES***



***HOSPITAL DE LA MUJER DE LA PAZ  
SERVICIO DE OBSTETRICIA***

***Elaborado por: Lic. Victoria Valencia Yana***

***LA PAZ – BOLIVIA  
2013***

# **GUÍA DE COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTE CON TRASTORNO HIPERTENSIVO GESTACIONAL**

**HOSPITAL DE LA MUJER**

**III NIVEL**

## **DEFINICIÓN**

Los Trastornos Hipertensivos Gestacionales son una urgencia gineco obstétrica de comportamiento Clínico, evolución y pronóstico diferente. Cuya etiología es desconocida y su severidad variable, su tratamiento es hospitalizado.

Es un síndrome caracterizado por elevación de la presión arterial sistólica (PAS), presión arterial diastólica (PAD) o ambas por encima de los valores normales, proteinuria y edema después de las 20 semanas de gestación hasta las 72 horas post parto.

## **COMPETENCIAS EN ENFERMERÍA**

Son los cuidados que brinda enfermería en la atención de la gestante con esta patología.

Protege a la madre de las complicaciones agudas de Trastornos hipertensivo gestacionales (THG) para prevenir la morbi-mortalidad materna y neonatal. Si bien la terminación del embarazo supone el tratamiento definitivo para curar la enfermedad materna.

## **EQUIPOS Y MATERIALES**

- Fonendoscopio, tensiómetro.
- Estetoscopio de Pinard o Doppler
- Balanza de pie
- Bombas de infusión
- Bandeja de cateterismo
- Sonda Foley
- Cintillas diagnosticas
- Oxígeno

## ***INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA***

### ***DURANTE LA HOSPITALIZACION***

- ✓ Interna a la paciente en sala aislada, tranquila y sin ruidos para mejor atención de enfermería.
- ✓ Coloca a la paciente en decúbito lateral izquierdo si es posible permanente.
- ✓ Organiza su tiempo para dar mayor atención a signos y síntomas de alarma y complicaciones de THG.
- ✓ Valorar estado maternal y fetal.
- ✓ Controle y registre la Tensión arterial y vasoespasmo en forma continua recomendable cada 4/hora y según evolución del cuadro.
- ✓ Control Tensión arterial con paciente sentada, brazo desnudo, membrana de la campana del estetoscopio en arteria medial y detectar el primer y quinto latido de korotof.
- ✓ Realice el control de actividad uterina y movimiento fetal cada 4/horas.
- ✓ Controle y registre el peso diariamente.
- ✓ Controle reflejos tendinosos cada 4/horas.
- ✓ Realice el control de líquidos ingeridos y eliminados.
- ✓ Use Sonda Foley ante presencia de incontinencia y a caída libre.
- ✓ Controle y registra características de la diuresis horaria.
- ✓ Detecta precozmente alteraciones cerebrales y visuales e identifica el edema pulmonar inicial, las epigastralgias pueden ser premonitores de la inminencia de convulsiones.
- ✓ Use Bombas de Infusión y monitorice a la paciente en sala no requiere Unidad de terapia Intensiva (UTI).
  
- ✓ Controle en forma diaria la proteinuria con test rápido (cintillas diagnosticas) o proteinuria de 24 horas.
- ✓ Controle y registra la dieta indicada (Hiperproteica, Normosodica)
- ✓ Prescriba NPO ante estado crítico de la paciente.
- ✓ Realiza acciones inmediatas para preservar la morbimortalidad de

pacientes con THG.

- ✓ Registra en hoja de enfermería el diagnóstico de la paciente.
- ✓ Realice su plan de enfermería.
- ✓ Comunica a otros profesionales el estado de la paciente con THG (Manejo Multidisciplinario).
- ✓ Comunica a familiares y la paciente sobre su patología para su colaboración en el tratamiento.

**GUÍA DE ENFERMERÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE SULFATO DE MAGNESIO (  $MgSO_4$ ) (MÉTODO DE ZUSPAN)**

**DEFINICIÓN**

Es el fármaco excelente en el tratamiento y profilaxis de las crisis anticonvulsiva, depresor del sistema nervioso central, relajación de los músculos lisos en las gestantes con preclampsia y eclampsia, y con un amplio margen terapéutico. Sus efectos son anticonvulsivos y vasodilatadores.

**MATERIALES E INSUMOS/ EQUIPOS**

- Solución Dextrosa al 5% o Sol. Fisiológico al 10% 1000 ml.
- Equipo de venoclisis.
- Catéter N° 21- 20
- Sulfato de Magnesio al 10% o Magnofina 14 ampollas.
- Tela adhesiva.
- Trípode
- Tensiómetro y fonendoscopio
- Gluconato de calcio al 10% (como antídoto)
- Fonendoscopio, tensiómetro.

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

**Preparación de  $MgSO_4$ , según prescripción:**

1. Dosis de ataque:
  - a. Canalizar vía venosa de buen calibre y administre  $MgSO_4$  (solución al 10%), 4 gr. I.V. en bolo lentamente en un periodo de 30 minutos  
**O BIÉN**
  - b. 4 gr. de  $MgSO_4$ , y agregar hasta 100 ml con infusión, intravenosa a 33 gotas en 1/hora.
2. Dosis de mantenimiento:
  - a.  $MgSO_4$ , 10 ampollas (al 10%) diluir en solución de Dxa. al 5% de 1000 ml. inicie a 33 gotas por minuto, para 10/horas, para proporcionar 1g de  $MgSO_4$  por hora, (salvo otra indicación médica)

## ***Evaluación de la paciente que recibe Sulfato de Magnesio***

1. Detección de signos de intoxicación por Magnesio:
  - a. De ser posible explicarle el tratamiento y sus efectos, primeros signos que la madre puede experimentar y que la enfermera puede conocer son:
    - Sensación general de calor.
    - Enrojecimiento.
    - Sed.
    - Transpiración.
    - Depresión de reflejos.
    - Hipotensión.
    - Cefalalgia, Náuseas y vómitos
    - Flacidez.
  - b. Signos subsecuentes de la hipermagnesemia
    - Depresión del sistema central.
    - Parálisis respiratoria.
    - Colapso circulatorio.
2. Controle reflejos osteotendinosos cada hora.
3. Controle la ansiedad, que luego cambia a somnolencia, letargo, ligero impedimento del habla, marcha atáxica.
4. Evaluar constantemente la orientación de la paciente (persona, tiempo y lugar).
5. Controle malestares de cefalgia, náuseas y vómitos,(dolor en el sitio de la inyección).
6. Controlar volumen y características de la diuresis horaria.
7. Control de signos vitales cada hora antes y después de cada administración.
8. Vigilar la disminución de la frecuencia respiratoria, si disminuye de 12 a 14 ciclos por minuto, suspenda la administración y comunique de inmediato.

## **RECOMENDACIONES**

- Evite administrar alimento.
- No realice ni permita tactos vaginales.
- En caso de intoxicación por magnesio administre el antídoto por excelencia que es el Gluconato de Calcio al 10%, 1 ampolla en 3 minutos por vía intravenosa.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Reeder, Sharon J, ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL. Segunda edición en español. California –Los Ángeles
- Dr. Gómez O Vitalio” GUÍAS EN OBSTETRICIA” Obstetricia aplicada, un enfoque práctico, C.N.S. La Paz, Bolivia.
- OMS, FNUAP, UNICEF, BANCO MUNDIAL “MANEJO DE LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y PARTO”. Edición en Español
- Ministerio de Salud y Previsión Social, “MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER Y EL RECIÉN NACIDO”, La Paz-Bolivia, 2001.
- Ministerio de Salud y Deportes, “ATENCIÓN A LA MUJER Y AL RECIÉN NACIDO”, La Paz-Bolivia, 2005.
- Burroughs, A. “ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL” Editorial Interamericana, octava edición, 2002.