



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Instituto Politécnico de la Salud “Luis Felipe Moncada”

Departamento de Enfermería

Seminario de graduación para optar al título de Licenciatura en Enfermería

Obstétrica y Perinatal.

Tema:

Síndrome Hipertensivo Gestacional.

Subtema:

Conocimientos y prácticas en la aplicación del protocolo de emergencias obstétricas por parte del personal de enfermería a embarazadas con SHG en sala de ARO del HBCR II Semestre 2019.

Autores:

Bra: Yaisa de Jesús Kuan Zelaya

Bra: Zoyla Yasaris Méndez

Br: Oscar Lenin Mercado Pérez

Tutora: Msc. Ivette Pérez Guerrero

Marzo 2019

Índice

Dedicatoria.....	III
Agradecimiento	V
Resumen.....	VII
I. Introducción.....	1
II. Antecedentes	3
III. Justificación	4
IV. Planteamiento del problema.....	5
V. Objetivos	7
VI. Diseño metodológico.....	8
VII. Marco teórico.....	33
VIII. Análisis y presentación de resultados de la información	66
IX. Conclusiones	75
X. Recomendaciones	77
XI. Bibliografía	78
Anexos	81
XII. Cronograma.....	101
XIII. Presupuesto.....	102

Dedicatoria

Dedico este trabajo monográfico a Dios que ha sido el principal autor de mi carrera, el pilar primordial para poder seguir adelante y lograr mis metas propuestas, además que sin el nada de lo que he logrado sería hecho, en todo momento siempre ha estado conmigo dándome fuerzas y fe para llegar hasta donde estoy. A mis padres Nabor Alejandro Kuant Suarez y Reyna de Jesús Zelaya Benavidez por depositar su confianza en mí, creyendo en todo momento que lo lograría, por cada sacrificio que por mi hicieron para verme un día como una profesional, por todo su apoyo incondicional, por todos los buenos valores que me inculcaron en cada momento los cuales han sido básicos en mi carrera, sobre todo, su ejemplo de superación y humildad, que ha sido una de mis mayores inspiraciones en la vida, a mis hermanas Sheydel Raquel Kuan Zelaya, Blanca Aniuska Kuan Zelaya, Reyna Itxiara Kuan Zelaya, por ser mujeres que me enseñaron a seguir adelante a pesar de cualquier circunstancia que la vida nos presenta y demostrarme que cada sacrificio al final vale la pena. Y, por último, pero no menos importante a mis amigos Yasaris Méndez y Oscar Mercado por ser personas con un gran espíritu de lucha y superación, por brindarme su amistad y compañerismo en todo momento, por ser personas con las que puedes trabajar confiadamente sabiendo que son responsables y muy dedicados, mostrándome que la unidad es fundamental el nuestro día a día, gracias por su confianza en mí y apoyarme en cada paso de lucha, gracias por ser personas que inspiran a ser mejor cada día.

Yaisa Jesús Kuan Zelaya

Dedico este trabajo monográfico primeramente a Dios nuestro creador, quien me ha permitido llegar hasta donde estoy, por ser luz en mi camino y por demostrarme que el que persevera alcanza, que todo lo que se quiere de corazón se obtiene y que la fe mueve montañas. A mi madre Amparo Méndez Martínez por ser mi motor principal durante este camino, sin el apoyo de ella esto no lo hubiese logrado pues ella ha sido el impulso a continuar cada día, agradezco su ayuda, y apoyo excepcional por sus sacrificios para que yo pudiese culminar mi estudio profesional. A mis hermanos Julián Méndez e Isamar Méndez por instarme a seguir adelante y por creer en mí. A mi novio Joel Moisés Somarriba por ser parte fundamental en mi vida y en este camino, por su apoyo incondicional y por motivarme

a ser mejor cada día. Y, por último, pero no menos importante a mis amigos Yaisa Kuan y Oscar Mercado por ser mis compañeros de lucha, por ser parte de este camino lleno de altas y bajas, pero de los cuales salimos victoriosos y satisfactorios con los resultados, porque fuimos un grupo donde existió esfuerzo, apoyo y dedicación, gracias por confiar en mi para emprender este camino y hoy poder decir juntos lo logramos.

Zoyla Yasaris Méndez

Dedico el presente trabajo primeramente a Dios por ser el quien nos da la oportunidad de vivir, por darnos la bendición de alcanzar nuestros sueños brindándonos esa fuerza y fortaleza que necesitamos para alcanzar nuestras metas. A mis padres: José Daniel Mercado y Karla María Pérez por depositar su confiar en mí, por darme la oportunidad de prepararme profesionalmente, les agradezco su ayuda y sacrificios para que yo pudiese culminar mi estudio profesional. A mis hermanos Héctor Daniel Mercado y Cristian Rodrigo Mercado por haberme brindado su ayuda en cada momento e instarme a seguir adelante. A mi esposa Edith Maricruz Sevilla y mi hijo Steven Lenin Mercado por ser ellos el motivo de mi inspiración y parte fundamental de mi vida. Y, por último, pero no menos importante a mis compañeras de lucha y amigas Yaisa Kuan y Yasaris Méndez por haberme brindado su amistad y confianza, por estar ahí en este largo camino que requirió mucho esfuerzo y dedicación para salir victoriosos de esta gran batalla, gracias por instarme a mejorar cada día y por poder decir lo logramos juntos.

Oscar Lenin Mercado Pérez

Agradecimiento

En primer lugar, agradecemos infinitamente a nuestro Padre Celestial por guiarnos en este largo camino, por regalarnos sabiduría y permitirnos culminar este presente trabajo investigativo. Le damos las gracias por brindarnos fortaleza al enfrentarnos con diferentes desafíos tanto económicos como familiares y sociales que hubiesen podido truncar nuestros sueños de concluir con éxito y satisfacción nuestra carrera.

Agradecemos inmensamente el apoyo incondicional de nuestros padres que sin ellos esto no hubiese sido posible, siendo nuestros motores que nos impulsaron día a día a seguir adelante, a levantarnos en cada caída con más fuerza y deseos de superación. Ellos han sido quienes nos demostraron que cada sacrificio trae sus bendiciones y hoy podemos decir que haber concluido este estudio es uno de ellos.

De igual manera queremos agradecer a nuestra tutora Msc. Ivette Pérez Guerrero por brindarnos su apoyo, conocimientos y ser guía para poder concluir con nuestra monografía, a nuestro coordinador de carrera Lic. Jonathan Mejía por motivarnos a ser mejores cada día. Así mismo, a cada uno de los docentes que estuvieron, nos formaron con esmero y dedicación durante estos cinco años de estudio a quienes hoy seremos profesionales orgullosos de haber pertenecido a esta alma mater.

Yaisa de Jesús Kuan Zelaya

Zoyla Yasaris Méndez

Oscar Lenin Mercado Pérez



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Instituto Politécnico de la Salud “Luis Felipe Moncada”

Departamento de Enfermería

AVAL PARA ENTREGA DE EJEMPLARES DE SEMINARIO DE GRADUACIÓN

Considerando que se han integrado las recomendaciones emitidas por el Honorable Jurado Calificador en la presentación y defensa de Seminario de Graduación. Se extiende el presente AVAL, que les acredita para la entrega de los 3 ejemplares finales empastados al Departamento de Enfermería.

**CARRERA: LICENCIATURA EN ENFERMERÍA CON ORIENTACIÓN EN
OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA**

Tema: Síndrome Hipertensivo Gestacional

Sub tema: Conocimientos y prácticas en la aplicación del protocolo de emergencias obstétricas por parte del personal de enfermería a embarazadas con SHG en sala de ARO del HBCR II Semestre 2019

Autores:

Bra. Yaisa de Jesús Kuan Zelaya

Bra. Zoyla Yasaris Méndez

Br. Oscar Lenin Mercado Pérez

Tutora: Msc en métodos de investigación científica Ivette Pérez Guerrero

Sin más a que hacer referencia.

Dado en la Ciudad de Managua, a los 02 días del mes de marzo 2019

Msc. Ivette Pérez Guerrero

Tutora de Seminario de Graduación

Resumen

El Síndrome Hipertensivo Gestacional (SHG) es una de las complicaciones más frecuentes durante el embarazo con importantes riesgos tanto para la madre como para el feto. El presente estudio permitió evaluar el conocimiento y práctica en la aplicación del protocolo de emergencias obstétricas por parte del personal de enfermería a embarazadas con SHG en sala de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) del Hospital Bertha Calderón Roque (HBCR) cabe destacar que constituye una causa importante de morbi-mortalidad materna y perinatal en el mundo. El tipo de estudio es descriptivo, prospectivo, de corte transversal y con enfoque cuantitativo, con una población total de 13 servidores de la salud a los cuales se les aplico encuestas estando estructurada por cinco ítems compuestos por selección múltiple, falso, verdadero y pareo; la guía de observación cuenta con tres ítems de check y una guía de revisión documental de ocho preguntas, estos instrumentos tienen como fin identificar y analizar las debilidades que se encuentran en el personal de salud con respecto a los servicios brindados.

Los instrumentos fueron validados a través de la prueba de jueces por dos expertos, uno en metodología de la investigación y el otro en la temática en estudio.

Palabras claves: Conocimiento, aplicación, Complicaciones, riesgo, debilidades.

I. Introducción

Las líneas de investigación están encaminadas al estudio de la morbilidad y mortalidad materna, visto desde el perfil obstétrico el síndrome hipertensivo gestacional (SHG) es una de las principales causas de muertes maternas en el país. Durante el embarazo, el parto y el puerperio ocurren diversas modificaciones en la fisiología materna, en diversos sistemas del cuerpo, principalmente a nivel del sistema cardiovascular, siendo uno de los principales signos la hipertensión arterial.

El protocolo de emergencias obstétricas es un conjunto de normas y procedimientos técnico-médico encaminadas a estandarizar la atención en salud, las cuales están establecidas y aprobadas por el Ministerio de Salud (MINSA). Su aplicación es importante porque es una herramienta que se emplea en la toma de decisiones en la cual, el personal de enfermería se encuentra íntimamente relacionado en asegurar su correcta ejecución.

El síndrome hipertensivo gestacional (SHG) es la complicación más común del embarazo sigue siendo causa de muerte materna a pesar de que es transitoria puede dejar secuelas severas, aunque su etiología aún no está bien definida puede presentarse en pacientes jóvenes de forma repentina con severidad variable cuyo tratamiento es sintomático y generalmente incluye la interrupción de embarazo con repercusión neonatal severa.

El síndrome de hipertensión gestacional es una enfermedad compleja con síntomas de severidad que pueden interactuar continuamente y afectar la salud de la madre y de feto. Su incidencia es directamente proporcional a la edad gestacional aumentando en caso de gestación múltiple, mola hidatídica, e hidramnios, así mismo complicaciones como: abrupto placentario y parto prematuro iatrogénico. Cuando la paciente tiene un manejo adecuado, se obtienen buenos resultados en el pronóstico y seguridad de ambos es por ello, que este estudio se orienta a conocer el manejo de esta patología en el Hospital Bertha Calderón (HBCR) para identificar las debilidades existentes y contribuir su fortalecimiento.

Con respecto al Programa Nacional de Desarrollo Humano (PNDH) tiene como propósito vigilar la calidad de la prestación de los servicios de salud a la población, fortaleciendo de esta forma el esfuerzo global de la sociedad, el incremento de la cobertura se concentra en áreas rurales y urbanas marginadas llevándose a cabo programas permanentes y sostenibles para resolver problemas sentidos por la población. Entre los principales desafíos y retos en

salud se encuentra el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) como lo es el de salud y bienestar en ella se menciona que “muchas regiones se enfrentan a graves riesgos para la salud, como altas tasas de mortalidad materna y neonatal (...), para lograr los objetivos se espera mejorar la asistencia calificadas en los partos” (ODS, 2018).

II. Antecedentes

En Nicaragua se ha presentado un leve incremento del síndrome hipertensivo gestacional en los últimos cuatro años (hasta 16.4%), y a pesar de que mediante controles prenatales adecuados se puede disminuir la severidad del mismo. Retomando la expresión de Moraga y colaboradores (2002) “se elaboró un protocolo de manejo del síndrome hipertensivo gestacional con el fin de mejorar la calidad de la atención prestada a las pacientes con esta patología, sin embargo, no se han realizado estudios que establezcan el cumplimiento de este protocolo”.

Como indica Leiva (2003), en su estudio: Aplicación de protocolo del Síndrome hipertensivo gestacional, en pacientes hospitalizadas en el servicio de ginecoobstetricia del hospital Fernando Vélez País, con una población de 250 pacientes, llego a la conclusión que: “los criterios diagnósticos de preeclampsia se cumplieron en un 43.7%(…), los criterios del tratamiento se cumplían en un 73 %, siendo el de mayor cumplimiento los fármacos antihipertensivo y el de menor cumplimiento fármaco anticonvulsivante en pacientes con preeclampsia severa”.

Castilla y colaboradores (2004) indican al respecto sobre su estudio: Manejo de enfermería en el síndrome hipertensivo gestacional en el Hospital Asunción de Juigalpa en el que se concluyeron que: “20% del personal de enfermería presentan un déficit del conocimiento sobre la patología, lo que significa que atención brindada por estos recursos no es de calidad ocasionando riesgo en la vida de la madre y niño”.

Como señala Montoya (2006) en su estudio manejo del síndrome hipertensivo gestacional en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello, encontró: “el cumplimiento de protocolo del manejo del SHG es en Preeclampsia leve 78.7%, Preeclampsia severa y de Eclampsia 66.7 %. La complicación materna que predomino fue DPPNI con un 2.1%, y la complicación fetal de mayor predominio RCIU con un 6.5%”.

Por otro lado Zamuria (2014) señala en su estudio: Factores de riesgo y cuidados de enfermería según protocolo en pacientes con síndrome hipertensivo gestacional que asisten al control prenatal del centro de salud Virgen de los Desamparados, Diría; menciona que “el 100% del personal encuestado reconocen la importancia del protocolo y como tratar a las paciente con síndrome hipertensivo gestacional”.

III. Justificación

El protocolo de manejo del síndrome hipertensivo gestacional es muy trascendental en la atención de la embarazada, si bien es cierto en el país esta complicación se presenta con mucha frecuencia, lo que orienta a la necesidad de analizar el manejo, según la OMS como segunda causa de muerte materna. El SHG es una enfermedad prevalente con tendencia al aumento, siendo este un fenómeno de mortalidad materna y fetal independientemente de la magnitud de su índice.

Esta investigación se llevó a cabo en el HBCR que es un centro hospitalario de referencia nacional en el cual, se presta atención médica a las complicaciones que no pueden ser atendidas en otros hospitales, siendo ARO la sala donde se brinda servicios de salud a pacientes con la patología en estudio. Cabe recalcar que no se ha realizado un estudio que compruebe la aplicación del protocolo de emergencia obstétrica en esta unidad de salud, por lo tanto, se realizó este estudio con el fin de valorar los conocimientos y prácticas del personal de enfermería en cuanto al manejo del protocolo.

Se espera que los resultados obtenidos puedan servir como pautas en la toma de decisiones para el mejoramiento del manejo de las pacientes con síndrome hipertensivo gestacional, y así de esta forma disminuir las complicaciones que puede conllevar esta patología actuando de manera oportuna, esto con el fin de reducir la morbimortalidad materno-fetal.

IV. Planteamiento del problema

El SHG es una de las complicaciones más frecuentes durante el embarazo con importantes riesgos tanto para la madre como para el feto. Los trastornos hipertensivos en el embarazo constituyen una causa importante de morbilidad y mortalidad materna y perinatal en el mundo, particularmente la preeclampsia ocasiona 50,000 muertes al año. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) actualmente la mortalidad materna es inaceptablemente alta, cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo y 1 mujer de cada 7 muere por preeclampsia (Rodríguez, 2013).

En el 2015 el MINSA publicó que del 3 al 15% de los embarazos se complican a causa de los trastornos hipertensivos lo que constituye un porcentaje considerable de muerte perinatal y materna. En Nicaragua a pesar de que las estadísticas oficiales evidencian tendencias decrecientes en el número de muertes maternas, las cifras siguen siendo significativas, se estima que de cada 100 muertes asociadas a causas obstétricas, 86.5 son por SHG; en HBCR no difiere de las estadísticas de cualquier maternidad en donde el SHG es el principal junto con su forma clínica más frecuente entre ellas, tenemos la preeclampsia (P/E) grave la cual, constituye una de las causas más frecuentes de consulta e ingresos, a ellas se unen la Eclampsia, síndrome de HELLP, IRA y edema cerebral (MINSA, 2018).

Mediante la valoración en sala de ARO del HBCR, se observó que el SHG es una de las patologías que más prevalencia tiene, se estima que esta enfermedad afecta en cualquier edad materna, esto va a depender de muchos factores relacionados tales como: el bajo nivel socioeconómico y los antecedentes tanto familiares como personales, los cuales fueron los más relevantes en las pacientes de dicha sala.

Al comprobar que el SHG en la sala de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) del HBCR es una de las principales afecciones, se volvió de interés conocer si se está cumpliendo adecuada u oportunamente el protocolo para la atención de las embarazadas siendo este de gran importancia para reducir las muertes maternas y perinatales del país.

Formulación del problema

¿Cómo es el conocimiento y práctica en la aplicación del protocolo de emergencias obstétricas por parte del personal de enfermería a embarazadas con SHG en sala de ARO del HBCR, II semestre 2019?

Sistematización del problema

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales que posee el personal de enfermería?
 2. ¿Cuál es el grado de **conocimiento** que tiene el personal de enfermería sobre protocolo de SHG?
 3. ¿cómo es el **cumplimiento** del protocolo de SHG por parte del personal de enfermería?
 4. ¿Existen **limitantes** para que el personal de enfermería no cumpla con el protocolo de SHG?
- ¿Cuáles son las **complicaciones** según clasificación del protocolo de SHG que se presentan en sala de ARO?

V. Objetivos

General

Analizar el conocimiento y práctica en la aplicación del protocolo de emergencias obstétricas por parte del personal de enfermería a embarazadas con SHG en sala de ARO del HBCR, II semestre 2019.

Específicos

1. Describir las características sociodemográficas y laborales que posee el personal de enfermería.
2. Evaluar el grado de conocimiento que tiene el personal de enfermería sobre el protocolo de SHG.
3. Valorar el cumplimiento del protocolo de SHG por parte del personal de enfermería.
4. Determinar si existen limitantes para que el personal de enfermería no cumpla con el protocolo de SHG.
5. Identificar las complicaciones más frecuentes del SHG en sala de ARO.

este meridiano de Greenwich longitud entre 0° y 180°, al oeste del meridiano de Greenwich longitud entre 0° y -180°. Este centro “posee una extensión territorial de 42, 300 m² el cual solo 10, 600 m² se encuentra construida (...), posee 603 recursos que brindan atención en salud en los diversos servicios hospitalarios” (PMSS, 2012), así como medicina interna, oncología, neonatología, obstetricia, ginecología, cuidados intensivos (UCI), radiología, laboratorio clínico, nutrición, trabajo social y centro de especializado en salud sexual reproductiva para adolescentes.

Micro localización

La sala de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) es uno de los servicios que ofrece esta unidad de salud, la misma cuenta con 9 cuartos, 26 camas, 1 estación de enfermería, 1 consultorio médico y un total de 28 servidores de salud incluyendo enfermería, estudiantes de medicina, internos y médicos de base. Esta sala realiza con mucha frecuencia ingresos y egresos de pacientes embarazadas con diversas patologías dentro de las más comunes Síndromes Hipertensivos y Diabetes.

Criterios de inclusión

- ❖ Personal de enfermería
 - Que el personal desee participar.
 - Que el personal sea fijo en la sala.
 - Que sean licenciadas/os en enfermería y auxiliares.

Universo, muestra y muestreo

El total del universo es de: 14 individuos el cual está constituida por:

6 enfermeras Obstetras

2 licenciadas/os en enfermería profesionales.

5 enfermera auxiliar.

No se **realizó técnica de muestreo** porque el universo era factible.

Matriz de obtención de información

Objetivo específico	Fuente de la información	Técnica	instrumento
Describir las características sociodemográficas que posee el personal de enfermería	Personal de enfermería	Encuesta	Cuestionario
Evaluar el grado de conocimiento que tiene el personal de enfermería sobre el protocolo de SHG.	Personal de enfermería	Encuesta	Cuestionario
Valorar el cumplimiento del protocolo de SHG por parte del personal de enfermería.	Personal de enfermería	Observación	Guía de observación
	Expediente clínico	Revisión documental	Guía de revisión documental
Determinar si existen limitantes para que el personal de enfermería no cumpla con el protocolo.	Personal de enfermería	Encuesta	Cuestionario
		Observación	Guía de observación
Describir cuales son las complicaciones según clasificación del protocolo de SHG que se presentan en sala de ARO.	Protocolo de emergencias obstétricas	Encuesta	Cuestionario
		Observación	Guía de observación

Operacionalización de las variables

Variable	Sub-variable	Indicador	Valor	Criterio	Instrumento
Características sociodemográficas que posee el personal de enfermería.	Características sociodemográficas.	Sexo:	Masculino Femenino		Cuestionario
		Edad:			
		Nivel de preparación	a) Enfermera especialista b) Enfermera profesional c) Auxiliar de enfermería		
		Años de labor en el servicio de ARO			
Grado de conocimiento que tiene el personal de enfermería sobre el protocolo de SHG.	Conocimiento	¿Qué es el Síndrome Hipertensivo Gestacional? 4 pts.	a) Son las que hacen referencia a la hipertensión que se inicia o diagnóstica durante el embarazo en una paciente previamente normotensa. b) Son las presiones sistólicas y diastólicas elevadas durante el primer trimestre del embarazo. c) Son las presiones arteriales mayores a 140/90 mmHg que se presentan en el último trimestre del embarazo.	Respuesta A.	Cuestionario.
		¿Cómo se clasifica el SHG?	a) Según el grado de severidad (preeclampsia moderada, preeclampsia grave).	Respuesta D	Cuestionario.

Variable	Sub-variable	Indicador	Valor	Criterio	Instrumento
		4 pts.	<p>b) Según forma clínica (HTA crónica, HTA crónica con preeclampsia sobre agregada, Hipertensión Gestacional, preeclampsia – eclampsia).</p> <p>c) Según la aparición de los signos y síntomas (preeclampsia temprana <34 SG, preeclampsia tardía > 34 SG)</p> <p>d) todas son correctas.</p>		
		¿Cuáles son las manifestaciones clínicas del SHG? 4 pts.	<p>a) Cefalea, dolor torácico, elevación de la creatinina- ácido úrico- transaminasas PAD > 90mmhg, PAS > 140mmhg y proteína en orina > ++ y Edema generalizado.</p> <p>b) Edema generalizado, presiones arteriales elevadas proteinuria < ++ y ganancia de peso > 1kg/semana, cefalea, dolor torácico, elevación de la creatinina- ácido úrico- transaminasas.</p> <p>c) Cefalea, dolor torácico, elevación de la creatinina- ácido úrico- transaminasas, HTA, proteinuria, edema generalizado, datos de encefalopatía hipertensiva, ganancia de peso > 1kg/semana.</p>	Respuesta C	Cuestionario.

Variable	Sub-variable	Indicador	Valor	Criterio	Instrumento
		¿Cuáles son los factores de riesgo del SHG? 4pts.	<ul style="list-style-type: none"> a) Síndrome antifosfolípidos. b) Hidrops fetal. c) Antecedentes personales de preeclampsia. d) Embarazos múltiples. e) Antecedentes familiares de preeclampsia f) Antecedentes de aborto. g) Infecciones del tracto urinario. h) IMC > 30. i) DM preexistente. j) Nuliparidad. k) Edad > 40 años. 	a, c, d, e, h, j, k son correcta	Cuestionario.
		Crterios materno-fetal para finalizar el embarazo en caso de presentar complicaciones en SHG. 4 pts.	<ul style="list-style-type: none"> a) Edad mayor o igual a 34 SG b) DDPPNI c) Inicio de trabajo de parto d) Sufrimiento fetal e) RCIU f) Disnea SPO2 < 90% g) Oliguria h) Dolor precordial i) Cefalea intensa j) Deterioro progresivo de la función renal 	a, b, d, e, f, h, i, j son correctas.	Cuestionario.

Variable	Sub-variable	Indicador	Valor	Criterio	Instrumento
		Medicamentos utilizados en SHG. 4 pts.	a) Meropenem b) Nifedipina c) Labetalol d) Azitromicina e) Sulfato de magnesio f) Hidralazina g) Gluconato de calcio h) Dimenhidrinato i) Dexametasona	b, c, e, f, son correctas.	Cuestionario.
		Principales efectos adversos de los medicamentos. 5 pts.	a) Alfa metildopa b) Hidralazina c) Nifedipina d) Labetalol e) Sulfato de magnesio f) Gluconato de calcio	c, a, d, b Es el orden del pareo.	Cuestionario.
		Dosificación de medicamentos. 5 pts.	a) Alfa metildopa b) Hidralazina c) Nifedipina d) Labetalol e) Sulfato de magnesio	f, e, c, a, d, b Es el orden del pareo.	

Variable	Sub-variable	Indicador	Valor	Criterio	Instrumento
			f) Gluconato de calcio		
Cumplimiento del protocolo en pacientes con SHG.	Cumplimiento. 2.5 c/u	Hipertensión arterial crónica.	Manejo: a) Tomar signos vitales cada 4-6hras. b) Realizar exámenes de laboratorio (BHC, EGO, glucemia, grupo y Rh, TGO, TGP). c) Si la paciente recibía tratamiento o no recibía se debe tratar con alfametildopa y verificar su cumplimiento. d) Canalizar a la paciente con B# 14-16-18. e) Colocar sonda foley # 18. f) Se debe monitorear e interpretar las constantes maternas fetales.	Falso_ Verdadero_	Cuestionario.
			a) Toma e interpreta signos vitales casa 4-6 horas. g) Realiza exámenes de laboratorio (BHC, EGO, glucemia, grupo y Rh, TGO, TGP). b) Mide proteinuria mediante cinta y/o orina en 24 horas.	Si___ No__	Guía de observación

Variable	Sub-variable	Indicador	Valor	Criterio	Instrumento
			<ul style="list-style-type: none"> c) Si la paciente no recibía tratamiento antihipertensivo o si la paciente recibía, cambiar preferiblemente a Alfametildopa 250-500mg PO c/8horas. d) Brindar control prenatal como paciente de Alto Riesgo Obstétrico. e) Induce la madurez pulmonar fetal entre 24-35 SG. f) Finaliza el embarazo según criterios. 		
		Hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobregregada.	<ul style="list-style-type: none"> a) Colocar branula #16 y mantener vías aéreas permeables. b) Colocar sonda foley #18. c) Realizar balance hidirico en 24 horas. d) Monitorear y valorar las constantes maternas- fetales cada hora. d) Auscultar bases pulmonares, si se detecta estertores administrar dosis única de furosemida 60mg. e) Realizar exámenes de laboratorios. f) Administrar Gluconato de calcio 1gr en 5ml de solución salina normal, para evitar que la paciente convulsione. 	Verdadero_ Falso__	Cuestionario.

Variable	Sub-variable	Indicador	Valor	Criterio	Instrumento
			<p>g) Cumplir tratamiento antihipertensivo anticonvulsivante.</p> <p>h) Administrar sulfato de magnesio dosis de ataque cada 4 horas.</p> <p>i) Vigilar por intoxicación de sulfato de magnesio.</p>		
		Hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobreagregada.	<p>a) Tomar signos vitales haciendo énfasis en la presión arterial cada 4-6 horas.</p> <p>b) Coloca branula # 16 y mantener vías aéreas permeables.</p> <p>c) Coloca sonda foley #18.</p> <p>d) Realiza balance hídrico.</p> <p>e) Monitorea y valora las constantes maternas-fetales cada hora.</p> <p>f) Ausculta bases pulmonares, si detecta estertores administra 40 mg de furosemida.</p> <p>g) Realiza e interpreta exámenes de laboratorio.</p> <p>h) Cumple tratamiento antihipertensivo-anticonvulsivante.</p>	<p>Si__</p> <p>No__</p>	Guía de observación

Variable	Sub-variable	Indicador	Valor	Criterio	Instrumento
		Hipertensión gestacional.	<p>a) Realizar monitoreo de constantes materno fetales e interpretación de las mismas.</p> <p>b) Realizar balance hídrico.</p> <p>c) Realizar e interpreta exámenes de laboratorios.</p> <p>d) Canalizar con branula #18.</p> <p>e) Colocar sonda foley # 18.</p> <p>f) Cumple con el tratamiento antihipertensivo con uno de los siguientes esquemas: Alfa metildopa, labetalol o nifedipina.</p>	Verdadero_ Falso_	Cuestionario.
			<p>a) Realiza monitoreo de las constantes maternas –fetales e interpreta las mismas.</p> <p>h) Realiza exámenes de laboratorio (BHC, EGO, glucemia, grupo y Rh, TGO, TGP).</p> <p>b) Canaliza con B#18.</p> <p>c) Cumple tratamiento antihipertensivo con uno de los siguientes esquemas: Alfametildopa 250-500mg c/8 horas, labetalol 10mg IV si después de 10 min la PAD no mejora administrar 20 mg</p>	Si_ No_	Guía de observación

Variable	Sub-variable	Indicador	Valor	Criterio	Instrumento
			luego 40mg como máximo dosis 80mg, nifedipina 10 mg PO c/4 horas.		
		Preeclampsia Moderada	<ul style="list-style-type: none"> a) Reposo en cama (de preferencia en decúbito lateral izquierdo). b) Régimen común sin restricción de sal (normo sódico). c) Control de signos vitales maternos c/ 4-6 hrs. (Presión Arterial, Frecuencia Cardíaca y Evaluación de los Reflejos Osteo-tendinosos). d) Control de signos obstétricos c/4-6 hrs. (Dinámica uterina y FCF). e) Monitoreo diario de movimientos fetales por parte de la madre y Médicos tratantes. f) Registro diario de peso y diuresis materna por enfermería y médicos tratantes. g) Evaluación dirigida de los síntomas y signos premonitorios 		Cuestionario

Variable	Sub-variable	Indicador	Valor	Criterio	Instrumento
			<p>de Preeclampsia Grave-Eclampsia.</p> <p>h) Una vez que la paciente es dada de alta (considerando los criterios para ello): si vive en una zona alejada que represente problemas de accesibilidad, se deberá referir a la casa materna los días que se consideren pertinentes para su control y garantizar un retorno más seguro a su hogar y notificar a la unidad de salud correspondiente para su seguimiento.</p> <p>i) Indicar maduración pulmonar Fetal en Embarazos de 24 a 35 semanas de gestación. Dexametasona 6 mg IM c/12 hrs. por 4 dosis.</p>		

Variable	Sub-variable	Indicador	Valor	Criterio	Instrumento
		Preeclampsia grave	<ul style="list-style-type: none"> a) Coloque bránula 16 o de mayor calibre y administre Solución Salina o Ringer IV a fin de estabilizar hemodinámicamente. b) Vigilar signos vitales, reflejos y frecuencia cardiaca fetal. c) Ausculte las bases de pulmones cada hora para detectar estertores que indiquen edema pulmonar, de escucharse estertores restrinja los líquidos y administre furosemida 40 mg IV una sola dosis. d) Indicar corticoides para maduración pulmonar en caso de ser necesario. e) Uso de antihipertensivos en preeclampsia grave si PA diastólica > o igual 110 mmhg. 		Cuestionario

Variable	Sub-variable	Indicador	Valor	Criterio	Instrumento
			<p>f) Indicar labetalol IV o Hidralazina o nifedipina para el manejo de la emergencia hipertensiva.</p> <p>g) Administrar esquema de Zuspan (sulfato de magnesio 4gr IV en 200 ml de SSN, Ringer o DW5% pasar de 5-15 minutos luego 8 gr IV de sulfato de magnesio en 420 ml de SSN o Ringer, DW5% cada 8 horas pasar 1gr por hora por 24 horas a 60 mcg por minuto).</p> <p>a. Vigilar signos y síntomas neurológicos (acufenos, escotomas hiperreflexia y fosfenos).</p> <p>b. Vigilancia estrecha de signos de intoxicación por Sulfato de Magnesio, (rubor, ausencia de los</p>		

Variable	Sub-variable	Indicador	Valor	Criterio	Instrumento
			reflejos rotulianos, depresión respiratoria).		
		Eclampsia.	<p>a) Si no respira usar ambú y mascarilla y administrar oxígeno de 4-6 litros por minuto por tubo endotraqueal.</p> <p>b) Si respira administrar oxígeno 4-6 litros por minuto por máscara o catéter nasal.</p> <p>c) Colocar a la paciente en decúbito lateral izquierdo.</p> <p>d) Mantener vía área permeable</p> <p>e) Tomar presión arterial y pulso.</p> <p>f) Canalizar vía intravenosa con branula # 16 o mayor calibre e inicio de infusión de SSN o Ringer a goteo apropiado a fin de estabilizar la hemodinamia.</p> <p>g) Colocar sonda vesical para monitorear diuresis y proteinuria.</p>		Cuestionario

Variable	Sub-variable	Indicador	Valor	Criterio	Instrumento
			<p>h) Sulfato de magnesio 4-6 gr IV en 15 minutos seguido de infusión de 1gr c/h por 24 horas</p> <p>i) Vigilar signos vitales, reflejos y frecuencia cardiaca fetal cada hora.</p> <p>j) Auscultare bases pulmonares en busca de estertores, si se encuentran estertores restringir líquidos y administrar furosemida 40 mg IV una sola vez.</p> <p>k) Administrar dosis de corticoide en caso de ser necesario.</p> <p>Si la paciente vuelve a convulsionar mientras se encuentra con infusión de magnesio:</p> <p>a) Mantener vía área y oxigenación.</p> <p>b) Administrar una segunda dosis de sulfato de magnesio de 2gr IV en 5 minutos.</p>		

Variable	Sub-variable	Indicador	Valor	Criterio	Instrumento
			<p>c) Vigilar por signos de intoxicación de sulfato de magnesio.</p> <p>Si la paciente vuelve a convulsionar después de la segunda dosis de sulfato de magnesio administrar cualquiera de estos esquemas:</p> <p>a) Midazolam 1.2 mg IV puede repetirse en 5-10 minutos.</p> <p>b) Diazepam 5-10 mg IV lento, puede repetirse en 15 minutos máx 30 mg.</p> <p>c) Fenitoina 1000 mg IV en 20, Pasar en 20 minutos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vigilar respiración, presión arterial y electrocardiograma. ➤ Preparación para intubación orotraqueal (administrar Midazolam 		

Variable	Sub-variable	Indicador	Valor	Criterio	Instrumento
			<p>2mg IV o Propofol 20-40 mg IV).</p> <p>Finalización de las convulsiones:</p> <p>a) Mantener infusión de sulfato de magnesio 24 horas después del parto.</p> <p>b) Evaluar en busca de alguna lesión neurológica.</p> <p>c) Una vez que la paciente es estabilizada finalizar el embarazo.</p>		
		El personal de enfermería realiza cada paso del manejo de SHG oportunamente según sea el caso.		<p>Si___</p> <p>No___</p> <p>Algunos___</p>	<p>Observación</p> <p>Y</p> <p>Guía de revisión</p>
		El personal de enfermería refleja todos los datos y hallazgos.		<p>Si___</p> <p>No___</p> <p>Algunos___</p>	<p>Documental</p>

Variable	Sub-variable	Indicador	Valor	Criterio	Instrumento
		Encontrados en el expediente clínico.			
		El personal de enfermería brinda consejería a la paciente sobre su condición.		Sí__ No__	Observación.
Determinar si existen limitantes para que el personal de enfermería no cumpla con el protocolo.	Limitantes. 4 pts.	Falta de material y medicamentos esenciales para tratar la patología.		Sí__ No__	Observación Y Cuestionario.
		Escases del personal de enfermería.		Sí__ No__	
		Colapso de pacientes debido al exceso de demanda del hospital.		Sí__ No__	
		¿Hay desconocimientos de la cultura de		Sí__ No__	

Variable	Sub-variable	Indicador	Valor	Criterio	Instrumento
		los pacientes (idioma) ?			
		¿Hay coordinación en equipo?		Sí__ No__	
		¿Hay actualizaciones del expediente clínico oportunamente?		Sí__ No__	
Describir cuales son las complicaciones según clasificación del protocolo de SHG que se presentan en sala de ARO.	Complicaciones 4 pts.	¿En la sala de ARO se presentaron las siguientes complicaciones?	RCUI DPPNI Síndrome de HELLP Insuficiencia cardiaca Insuficiencia renal Accidente cerebro vascular Edema del pulmón agudo	Sí__ No__	Cuestionario. Y Guía de observación

Variable	Sub-variable	Indicador	Valor	Criterio	Instrumento
			<p>Escala de Glasgow < 13.</p> <p>Isquemia o infarto al miocardio.</p> <p>Cuagulopatía.</p> <p>Desprendimiento de retina.</p> <p>Riesgo de pérdida del bienestar fetal.</p> <p>Disfunción hepática.</p> <p>Síndrome de Encefalopatía Posterior Reversible Agudo (PRES).</p>		

Método, técnica e instrumento

Método es el medio a través del cual se establece la relación entre el investigador y el consultado para la recolección de datos.

Técnica es el conjunto de instrumentos y medios a través de los cuales se efectúa el método y solo se aplica a una ciencia, en este caso se hizo uso de la encuesta, observación como fuentes primarias de la recolección de la información y como fuentes secundarias la revisión documental.

Instrumento es el mecanismo que utiliza el investigador para recolectar y registrar la información, en este caso se hizo uso del: cuestionario, guía de observación y revisión documental.

A través del cuestionario, guía de observación y revisión documental se recopilaron datos acerca del conocimiento y práctica en la aplicación del protocolo sobre el SHG que tiene el personal de enfermería, así como también el manejo, complicaciones y aquellas limitantes que interfieren en el cumplimiento del protocolo de emergencias obstétricas en pacientes con esta patología.

Validación de instrumento

Prueba de jueces:

Para la realización y validación de jueces, se buscaron dos profesionales, especialistas en el tema de investigación a realizarse, posteriormente se redactó una carta para cada juez, en donde se solicitó formalmente su colaboración y validación para los instrumentos expuestos en el estudio.

Dentro de la validación de instrumentos que se realizaron, los expertos brindaron sus recomendaciones que se encuentran incorporadas en el trabajo e instrumento y las cartas firmadas por los jueces se encuentran en anexos.

Aspectos éticos de la investigación

Es importante resaltar que todo protocolo de investigación debe de contar con las consideraciones éticas para su aprobación. La ética médica no es solo el conjunto de normas,

manual de procedimientos; ella debe de ser una convicción que posee el profesional y que influya en todo su quehacer.

Consentimiento informado

Es un documento informativo en donde se invita a las personas a participar en una investigación. El aceptar y firmar los lineamientos que establece el consentimiento informado autoriza a una persona a participar en un estudio, así como también permite que la información recolectada durante dicho estudio pueda ser utilizada por el o los investigadores del proyecto en la elaboración de análisis y comunicación de esos resultados. El consentimiento informado se encuentra en anexos, este debe contener al menos los siguientes apartados:

1. Nombre del proyecto de investigación en el que participará.
2. Objetivos del estudio, es decir, qué se pretende obtener con la investigación.
3. Procedimientos que se le realizarán a las personas en estudio.
4. Derechos, responsabilidades y beneficios como participante en ese estudio.
5. Confidencialidad y manejo de la información, es decir, en el escrito se debe garantizar que sus datos no podrán ser vistos o utilizados por otras personas ajenas al estudio ni tampoco para propósitos diferentes a los que establece el documento que firma.

Plan de tabulación y análisis de la información

Triangulación de la información

La triangulación de la información se refiere al uso de varios métodos (tantos cualitativos como cuantitativos), de fuentes de datos, de teoría, de investigadores o de ambiente en un estudio de un fenómeno.

En el presente estudio, el tipo de triangulación que se utilizó fue la triangulación de datos, debido a que utilizaron diferentes métodos de recolección (instrumentos) durante la observación o interpretación del fenómeno, lo cual arrojó diferente información que fueron útiles para evaluar los resultados del estudio. Se realizó la verificación y comparación de la información, se realizó contraste de los datos obtenidos mediante la recolección de la información en diferentes momentos mediante los diferentes métodos.

Presentación de la información

Una vez realizada la investigación se elaboró y se trabajó con el programa Microsoft Word versión 2013, letra Times New Roman tamaño 12, interlineado 1.5, justificado en todo el texto y sangría. Cuando los instrumentos fueron aplicados, se procedió al procesamiento de la información, este se realizó con el programa estadístico SPSS versión 23, con la información numérica recopilada se presentó en tablas y gráficos de barra, se realizó una interpretación a cada uno de los ítems de los instrumentos.

VII. Marco teórico

Características sociodemográficas

Definición

Son todos aquellos aspectos o variables que configuran el estado e identidad de una entidad en particular que puede ser tanto una persona como un animal, un vegetal, un objeto e incluso una condición.

Demografía

Es el análisis de las comunidades humanas a partir de la estadística. El concepto procede de un vocablo griego compuesto que puede traducirse como “descripción del pueblo”. Esta disciplina estudia el tamaño, la estratificación y el desarrollo de una colectividad desde una perspectiva cuantitativa.

Población

Es un conjunto de personas vinculadas por nexos reproductivos que puede identificarse por particularidades culturales, sociales, geográficas, políticas o de otro tipo. La población, por lo tanto, tiene continuidad en el tiempo, aunque no es eterna.

Características Sociales

Se entiende por sociedad al conjunto de individuos que comparten una misma cultura y que interactúan entre sí para conformar una comunidad. Lo social puede otorgar un sentido de pertenencia ya que implica algo que se comparte a nivel comunitario. Por ejemplo, la noción de convivencia social se refiere al modo de convivir que tienen los integrantes de una sociedad.

Características Laborales del Personal

De acuerdo a lo establecido por el observatorio de recursos humanos en salud es plenamente reconocido que los recursos humanos son la condición indispensable para el funcionamiento de los sistemas de salud, el desempeño de las funciones esenciales de la salud pública y la prestación de servicios de salud. El desarrollo de recursos humanos en salud debe incluir intervenciones en el ámbito de la política, planificación, regulación, formación profesional, técnica, capacitación y gestión de la fuerza de trabajo.

Grado de conocimiento sobre SHG

Definición

Las enfermedades hipertensivas del embarazo son las que hacen referencia a la hipertensión que se inicia o se diagnostica durante la gestación en una paciente previamente normotensa. También es el “aumento de 30 mmHg o más en la presión arterial sistólica o de 15 mmHg o más en la presión arterial diastólica habitual, todo esto asociado con proteinuria y en ocasiones edema o lesión de órganos blancos” (CLAP, 2012).

Clasificación

De acuerdo a lo establecido por el MINSA (2018) en su protocolo para la atención de emergencias obstétricas, el síndrome hipertensivo gestacional se clasifica en:

De acuerdo a la forma clínica de presentación:

Hipertensión arterial crónica:

La frecuencia es del 1 a 5% del total de embarazos de estas, más del 95% son hipertensión esencial y sólo un 2% es secundaria. Como señala el MINSA (2018, pág. 150) afirma lo siguiente:

La hipertensión arterial crónica se define como la elevación de presión arterial que precede a la concepción o que se detecta antes de las 20 SG ($PAS \geq 140$ mm Hg ó $PAD \geq 90$ mm Hg previo a la concepción), está asociada a resultados perinatales adversos, incluyendo el aumento en la incidencia pre eclampsia agregada hasta en el 25,9 %, aumento en el número de cesáreas, partos pre-términos, ingreso a las unidades de cuidados intensivos neonatales y muerte perinatal, también puede persistir después de las 12 semanas postparto.

Hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobreagregada:

Es la presencia de preeclampsia en embarazadas con hipertensión crónica conocida o diagnosticada antes de la semana 20 del embarazo. Para dar un diagnóstico más, en este sentido Moraga (2002) refiere que “existen parámetros que nos permiten identificarlos, en ocasiones puede presentarse una hipertensión arterial crónica sin proteinuria antes de las 20 semanas y que luego desarrollan proteinurias significativas esto después de las 20 semanas de gestación”.

Dicho lo anterior encontramos a pacientes con hipertensión arterial y proteinuria antes de las 20 semanas las cuales presentan un incremento de la proteinuria basal al igual que en aquellas pacientes con hipertensión arterial crónica (antes de la semana 20 de gestación), que desarrollan trombocitopenia, anemia hemolítica microangiopática o incremento en las enzimas hepáticas (Síndrome de HELLP).

Hipertensión gestacional:

Es el desarrollo de hipertensión sin proteinuria significativa durante la segunda mitad del embarazo en paciente previamente normotensa. La frecuencia es de 6% a 17% en nulíparas y de 2% a 4% en multíparas. Sobre la base antes mencionada el CLAP (2012) expresa “esta condición puede evolucionar a una preeclampsia, posteriormente al embarazo se puede presentar de manera transitoria cuando se logra controlar las presiones arteriales en un periodo menor de 6 semanas de lo contrario se considera una hipertensión crónica”.

De igual manera MINSA (2018, pág. 153) afirma que es la “PAS \geq 140 mmHg ó PAD \geq 90 mmHg que aparece por primera vez después de la semana 20 de gestación.

Preeclampsia – Eclampsia:

Se define como un “síndrome exclusivo del embarazo en pacientes con edad gestacional mayor o igual a 20 semanas” (MINSA, 2018, pág. 104). Solo se ha identificado casos de preeclampsia con menos de 20 semanas en pacientes con enfermedad molar, hidrops fetal y embarazo múltiple. Las cuales las dividimos en dos grupos:

❖ Eclampsia:

Es la ocurrencia de convulsiones en el embarazo, “puede desarrollarse antes del parto, o postparto en el 4 a 16% de las preeclampsia severas, es el llamado síndrome de HELLP (...) Actualmente se acompaña de dolores epigástricos, náuseas y vómitos” (Schwarcz, 2014). Aunque este síndrome no ha sido incluido en la clasificación de ACOG y del Working Group, recordemos que esta entidad no ha sido independizada de la fisiopatología de la preeclampsia, es una complicación extrema de ésta.

De acuerdo a lo establecido por el MINSA (2018) nos alega que “existen criterios para diagnosticar eclampsia siendo estos la presencia de anemia hemolítica microangiopática, bilirrubina ≥ 1.2 mg/dl, trombocitopenia tipo I ($< 50,000$ mm³), tipo II (50,000 a 100,000 mm³), tipo III (101,000 a 150,000 mm³)” (P.99-101).

De acuerdo al grado de severidad

Preeclampsia moderada

Presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o diastólica ≥ 90 mmHg que ocurra después de 20 semanas de gestación en mujer previamente normotensa, sin evidencia de daño a órgano blanco. Considerar también cuando la Presión Arterial Media (PAM) se encuentra entre 106-125 mmHg. Por otro lado el MINSA (2018) señala que también puede presentarse cuando “la embarazada presenta una excreción de 300 mg o más de orina en 24 horas o 1 (+) en cintas reactivas en dos tomas, estas con intervalos de 4 horas”.

Preeclampsia grave

Se realiza el diagnóstico en pacientes con hipertensión arterial y proteinuria significativa. (2018, pág. 104), expresa:

Se Pueden presentar diferentes criterios siendo uno de estos una presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg y/o diastólica ≥ 110 mmHg y/o presión arterial media ≥ 126 mmHg, así como también proteínas en orina ≥ 5 gr en 24 horas, cintas reactivas ≥ 3 cruces (+++), o bien pueden manifestar oliguria menor a 500 ml en 24 horas o creatinina ≥ 1.2 mg/dl. Síntomas neurológicos tales como cefalea fronto occipital persistente o síntomas visuales (visión borrosa, escotomas), epigastralgia o dolor en cuadrante superior derecho.

De acuerdo al momento de aparición de los signos y síntomas

- Pre eclampsia temprana (< 34 SG).
- Pre eclampsia tardía (>34 SG).

Factores de riesgos

Las mujeres gestantes pueden presentar diferentes complicaciones desde el primer trimestre de embarazo, estos pueden ser desencadenados por condiciones previas al embarazo. MINSA (2018, pág. 156). De tal manera estos pueden ser detectados siendo estos:

- Síndrome antifosfolípidos.
- Antecedente personal de pre eclampsia.
- Diabetes pre-gestacional.
- Embarazo múltiple.
- Nuliparidad.
- Antecedente familiar de pre eclampsia.
- Índice de masa corporal > 30.
- Edad mayor de 40 años.

Manifestaciones clínicas

Puede presentarse alteraciones en los resultados de exámenes de laboratorio los cuales reflejan un daño en los órganos blancos, por lo que “es importante tener en cuenta que el análisis parcial de orina es útil ya que puede señalar la presencia de leucocitos, glóbulos rojos y cilindros de diferentes tipos en la medida que progresa el cuadro hipertensivo” (Schwarcz, 2014, pág. 375).

Con relación al MINSA (2018, pág. 103) refleja las principales manifestaciones clínicas según el sistema afectado:

Sistema afectado	Condición adversa (que incrementa el riesgo de complicaciones graves)
Sistema Nervioso Central	Cefalea, alteraciones visuales de forma continúa habiendo descartado otras etiologías.
Cardio respiratorio	Dolor torácico. Saturación de oxígeno < 97%.
Renal	Elevación de creatinina. Elevación de ácido úrico.
Hematológico	Leucocitosis. Prolongación de INR o TPT.

	Disminución de conteo plaquetario Elevación de LDH.
Hepático	Náuseas o vómitos. Dolor epigástrico o de hipocondrio derecho. Elevación de transaminasas, LDH o bilirrubinas. Hipoalbuminemia.
Feto-placentaria	Restricción del crecimiento intrauterino (evaluación de criterios de flujometría doppler).

Exámenes del laboratorio

Preeclampsia moderada

- Biometría Hemática Completa, Recuento de Plaquetas.
- Glucemia, Creatinina, Ácido Úrico.
- Examen General de Orina.
- Grupo y Rh.
- Proteínas en orina con cinta reactiva y/o Proteínas en orina de 24 horas.
- Tiempo de Protrombina y Tiempo Parcial de Tromboplastina, prueba de coagulación junto la cama.
- Transaminasa glutámica oxalacética y Transaminasa glutámica pirúvica.
- Bilirrubina total, directa e indirecta.
- Proteínas Séricas totales y fraccionadas.
- Pruebas de bienestar fetal: Ultrasonido Obstétrico, NST, Perfil Biofísico Fetal, DOPPLER fetal.

Preeclampsia GRAVE y Eclampsia Todos los Exámenes anteriores más:

- Fibrinógeno y Extendido Periférico.
- Fondo de ojo.
- Rx P-A de Tórax.
- E.K.G. y/o Ecocardiograma.
- Ultrasonido Abdominal y Renal.

- Tomografía Axial Computarizada sólo casos con compromiso neurológico y con la interconsulta con el servicio de neurología o neurocirugía.

Indicaciones materno - fetales para interrupción del embarazo

Indicaciones Maternas:

- Edad Gestacional mayor o igual a 34 semanas de gestación.
- Dolor Precordial o Disnea.
- Saturación de Oxígeno menor a 90%.
- Conteo Plaquetario < 100,000/mm.⁷.
- Deterioro progresivo de la función renal: elevación de creatinina.
- Deterioro progresivo de la función hepática: elevación de transaminasas.

Otras indicaciones maternas son:

- Sospecha de Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo inserta.
- Persistencia de cefalea intensa o cambios visuales.
- Persistencia de dolor epigástrico severo, náuseas o vómitos.
- Paciente que se encuentra iniciando el período de labor.
- Score de Bishop mayor igual que 7.
- Peso fetal menor o igual que el percentil 10.

Indicaciones Fetales:

- Restricción del Crecimiento Intrauterino.
- Oligohidramnios Moderado a Severo.
- Prueba sin estrés (NST) con datos ominosos (trazo silente, descensos espontáneos, bradicardia menor de 110 mmHg).
- Perfil biofísico < 4 o menos de 6 con oligoamnios.
- Doppler Umbilical con Flujo Diastólico Revertido.
- Para interrumpir el embarazo evalúe el cuello uterino:
- Si el cuello uterino es favorable (blando, delgado, parcialmente dilatado) Induzca el trabajo de parto utilizando oxitocina.

- Si el parto no se prevé dentro de las 12 horas siguientes (en caso de Eclampsia) o las 24 horas (en caso de preeclampsia grave) realice una cesárea.
- Si hay irregularidades en la Frecuencia Cardíaca Fetal (sufrimiento fetal) realice cesárea.
- Si el cuello uterino es desfavorable (firme, grueso, cerrado) y el feto está vivo realice cesárea.

Cumplimiento del protocolo del SHG según clasificación MINSA (2018)

Tratamiento

Evaluación inicial en el abordaje de la pre eclampsia	
1	Presión arterial
2	Abordaje de la proteinuria (cinta, cuantificación, rel prot:creat)
3	Biometría hemática completa
4	Transaminasas hepáticas (TGO/AST, TGP:ALT)
5	Bilirrubina (total y fraccionada)
6	Creatinina
7	Ácido úrico
8	Lactato deshidrogenasa (LDH)
9	Documentar síntomas como cefaleas, dolor abdominal, disturbios visuales

El abordaje terapéutico de preeclampsia se puede describir en 4 estrategias:

1. Control de la presión arterial

Una vez establecido el diagnóstico de pre eclampsia, es fundamental dividir a las formas iniciales de las formas graves. Para esto se recomienda clasificar de acuerdo a la severidad (pre eclampsia o pre eclampsia grave) y de acuerdo al momento de aparición (temprana o tardía) para tomar decisiones tempranas en cuanto al tratamiento, la hospitalización y la finalización del embarazo tomando en cuenta que el parto por cualquiera de sus vías no cura la pre eclampsia por lo que se deberá crear una ruta crítica que incluya desde el primer contacto hasta el puerperio. Por ello el MINSA (2018, págs. 159-160) ha descrito en su protocolo de emergencias obstétricas el siguiente esquema de medicamento antihipertensivo:

Medicamentos antihipertensivos

	Labetalol	Nifedipina	Alfametildopa	Hidralazina
Mecanismo de acción	Bloquea receptores alfa y beta causando vasodilatación.	Bloqueador de canales de calcio, vasodilatador.	Agonista central adrenérgico alfa-2.	Vasodilatador periférico.
Uso en el embarazo	Puede ser utilizado tanto de forma prolongada como en la crisis hipertensiva.	Puede ser utilizado tanto de forma prolongada como en la crisis hipertensiva.	Solo para uso crónico, no para crisis hipertensiva.	Puede ser utilizado tanto de forma prolongada como en la crisis hipertensiva.
Dosis	Uso prolongado: 200 mg (V.O) cada 8-12 horas (máximo 2400 mg). Crisis hipertensiva: 20, 40, 80 mg (I.V) cada 10 minutos (máximo 300 mg). Puede ser usada en infusión a 1 – 2 mg/min.	Uso prolongado: nifedipina de acción prolongada 20 mg cada 6-8 horas (máximo 120 mg). Crisis hipertensiva: nifedipina de acción rápida 20 mg cada 20 minutos.	Uso prolongado: 500 mg vo cada 6-8 horas (máximo 2000 mg).	Uso prolongado: 10 a 50 mg (V.O) cada 6 horas (máximo 300 mg). Crisis hipertensiva: 5 a 10 mg (I.V) pasar en 2 minutos cada 20 min, dosis máxima acumulada de 20 mg, después cambiar a otro fármaco como

				labetalol o nifedipina.
Efectos adversos	Bronco constricción, hipotensión, fatiga, bradicardia, bloqueos cardíacos.	Hipotensión, cefalea, taquicardia refleja.	Maternos: disfunción hepática, anemia hemolítica.	Hipotensión materna, taquicardia refleja, vómitos, cefalea, angina torácica, puede simular manifestaciones clínicas de pre eclampsia grave.
Vida media	5 – 8 horas.	2 horas (7 horas nifedipina de liberación prolongada).	1.4 horas.	3 – 7 horas.
Comentarios	Evitar en pacientes con asma, insuficiencia cardíaca.	Puede utilizarse junto con sulfato de magnesio.	Puede ser menos efectiva para el control de presión que otros fármacos utilizados en pre eclampsia.	La hidralazina tiene una serie de características que la hacen ser de no preferencia como primera elección por su inicio de acción prolongada, efecto hipotensivo impredecible y duración.

2. Prevención de las convulsiones

Es de vital importancia prevenir y tratar las convulsiones para ello el MINSA (2018) en su protocolo de emergencias obstétricas destaca lo siguiente:

Después del control de la presión arterial, la prevención y control de las crisis convulsivas (Eclampsia) es la segunda prioridad en el manejo de la preeclampsia. La frecuencia de pacientes con pre eclampsia grave que evolucionan a eclampsia es del 1 a 2%, la utilidad del sulfato de magnesio en la pre eclampsia es reducir la incidencia de eclampsia. Numerosos estudios han demostrado la utilidad del sulfato de magnesio en la pre eclampsia, siendo este el fármaco de elección para la prevención de las convulsiones en la pre eclampsia, así como para el control una vez que han aparecido.

	Dosis de carga (gramos)	Tiempo de administración (minutos)	Dosis de mantenimiento
Pre eclampsia y Eclampsia	4-6	15-20	1 a 2 gramos por hora
Eclampsia recurrente	2	5	

Signos de toxicidad del sulfato de magnesio:

- Disminución del reflejo patelar: 8–12 mg/dl.
- Somnolencia, Rubor o sensación de calor: 9–12 mg/dl.
- Parálisis muscular, Dificultad respiratoria: 15–17 mg/dl.

Manejo de la Intoxicación por sulfato de magnesio:

- Descontinuar Sulfato de Magnesio.
- Monitorear los signos clínicos de acuerdo a dosis estimadas, si se sospecha que los niveles pueden ser mayores o iguales 15 mg/dl o de acuerdo a datos clínicos de intoxicación:
 - Administrar un antagonista del Sulfato de Magnesio, diluir un gramo de Gluconato de Calcio en 10 ml de Solución Salina y pasar IV en 3 minutos. No exceder dosis de 16 gramos por día.

- Dar ventilación asistida hasta que la paciente estabilice su respiración. Si no desaparecen las convulsiones o se vuelven recurrentes a pesar de la terapia con Sulfato de Magnesio:
 - Aplicar un segundo bolo de Sulfato de Magnesio: 2 gr. IV en 100 ml de Dextrosa al 5% o en Solución Salina Normal al 0.9%, en aproximadamente 5 minutos.
 - En caso de eclampsia y no contar con Sulfato de Magnesio puede administrarse: Difenilhidantoina siguiendo Esquema de Ryan.
 - Si mejora, y una vez estabilizada la paciente se deberá finalizar el embarazo por la vía más rápida: El nacimiento debe tener lugar por operación cesárea urgente tan pronto se ha estabilizado el estado de la mujer independientemente de la edad gestacional.
- Si no mejora la preeclampsia grave y aparecen signos y síntomas de inminencia de Eclampsia (acúfenos, fosfenos, escotomas, hiperreflexia, epigastralgia) agravamiento de la hipertensión y proteinuria, administrar nuevas dosis de antihipertensivo, anticonvulsivante, estabilizar hemodinámicamente e interrumpir el embarazo por cesárea urgente.

3. Programación de la finalización del embarazo

Estará determinada por el estado de la paciente, el feto y la evolución obtenida en la vigilancia activa del evento hipertensivo y la presencia o no de condiciones adversas que ameriten la finalización inmediata de la gestación sin importar la edad gestacional. La vía de finalización será evaluada según las condiciones obstétricas. No existe contraindicación para la finalización vía vaginal a menos que existan situaciones obstétricas que impidan la finalización del embarazo por esta vía.

4. Vigilancia en el puerperio

El manejo de la hipertensión posparto depende de las cifras tensionales. Se recomienda una vigilancia sistemática con el fin de disminuir la posibilidad de un daño grave secundario a elementos de progresión de la enfermedad, hipertensión tardía y/o aparición de fenómenos de convulsión de difícil manejo. En el puerperio se requiere

que la terapia antihipertensiva se vaya ajustando de acuerdo a los valores de presión arterial y en dependencia de las alteraciones hemodinámicas y/o de daño a órgano blanco que vaya apareciendo. En la evidencia disponible los fármacos como Labetalol y Nifedipina siguen siendo las primeras líneas terapéuticas en el control de la presión garantizándose a través de éstos, el control de la presión arterial de acuerdo a dosis respuesta. De ser necesario un tercer antihipertensivo se sugiere evaluación multidisciplinaria basada en la mejor farmacología del producto y la condición clínica particular de la paciente. En el posparto se debe confirmar que la disfunción de órganos blancos esté resuelta, no se recomienda el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES), sobre todo si la presión es de difícil control, ya que puede exacerbar la hipertensión, causar daño renal agudo y alterar la función plaquetaria⁶. La duración de la terapia antihipertensiva generalmente es hasta 2 semanas posparto, pero hay pacientes sobre todo las que presentaron preeclampsia severa menor de 34 semanas los pueden requerir hasta 6 semanas.

Manejo

Preeclampsia moderada:

- Reposo en cama (de preferencia en decúbito lateral izquierdo).
- Régimen común sin restricción de sal (normo sódico).
- Control de signos vitales maternos c/ 4-6 horas. (Presión Arterial, Frecuencia Cardíaca y Evaluación de los Reflejos Osteo-tendinosos).
- Control de signos obstétricos c/4-6 horas. (Dinámica uterina y FCF).
- Monitoreo diario de movimientos fetales por parte de la madre y médicos tratantes.
- Registro diario de peso y diuresis materna por enfermería y médicos tratantes.
- Evaluación dirigida de los síntomas y signos premonitorios de Preeclampsia Grave-Eclampsia.
- Una vez que la paciente es dada de alta (considerando los criterios para ello): si vive en una zona alejada que represente problemas de accesibilidad, se deberá referir a la casa materna los días que se consideren pertinentes para su control y garantizar un retorno más seguro a su hogar y notificar a la unidad de salud correspondiente para su seguimiento.

- Indicar maduración pulmonar fetal en embarazos de 24 a 35 semanas de gestación. Dexametasona 6 mg IM c/12 horas. por 4 dosis.

Preeclampsia grave y eclampsia:

La preeclampsia grave y la eclampsia “se deben manejar intrahospitalariamente y de manera similar salvo que en la eclampsia, el nacimiento debe producirse dentro de las doce horas que siguen a la aparición de las convulsiones” (MINSa, 2018, pág. 109).

Preeclampsia grave:

- Coloque bránula # 16 o de mayor calibre y administre Solución Salina o Ringer IV a fin de estabilizar hemodinámica mente.
- Vigilar signos vitales, reflejos y frecuencia cardiaca fetal.
- Ausculte las bases de pulmones cada hora para detectar estertores que indiquen edema pulmonar, de escucharse estertores restrinja los líquidos y administre furosemida 40 mg IV una sola dosis.
- Indicar corticoides para maduración pulmonar en caso de ser necesario
- Uso de antihipertensivos en preeclampsia grave si PA diastólica > o igual 110 mmhg
- Indicar labetalol IV, hidralazina o nifedipina para el manejo de la emergencia hipertensiva.
- Administrar esquema de Zuspan (sulfato de magnesio 4gr IV en 200 ml de SSN, Ringer o DW5% pasar de 5-15 minutos luego 8 gr IV de sulfato de magnesio en 420 M SSN, Ringer, DW5% cada 8 horas pasar 1gr por hora por 24 Horas a 60 mcg por minuto).

Vigilar signos y síntomas neurológicos (acúfenos, escotomas hiperreflexia y fosfenos). Vigilancia estrecha de signos de intoxicación por Sulfato de Magnesio, (rubor, ausencia de los reflejos rotulianos, depresión respiratoria).

Eclampsia

1. Si no respira usar ambú y mascarilla y administrar oxígeno de 4-6 litros por minuto por tubo endotraqueal. Si respira administrar oxígeno 4-6 litros por minuto por máscara o catéter nasal.
2. Colocar a la paciente en decúbito lateral izquierdo.

3. Mantener vía área permeable.
4. Tomar presión arterial y pulso.
5. Canalizar vía intravenosa con branula # 16 o mayor calibre e inicio de infusión de SSN o Ringer a goteo apropiado a fin de estabilizar la hemodinámica.
6. Colocar sonda vesical para monitorear diuresis y proteinuria.
7. Sulfato de magnesio 4-6 gr IV en 15 minutos seguido de infusión de 1gr c/h por 24 horas
8. Vigilar signos vitales, reflejos y frecuencia cardiaca fetal cada hora.
9. Auscultar bases pulmonares en busca de estertores, si se encuentran estertores restringir líquidos y administrar furosemida 40 mg IV una sola vez.
10. Administrar dosis de corticoide en caso de ser necesario.

Si la paciente vuelve a convulsionar mientras se encuentra con infusión de magnesio:

1. Mantener vía área y oxigenación.
2. Administrar una segunda dosis de sulfato de magnesio de 2gr IV en 5 minutos.
3. Vigilar por signos de intoxicación de sulfato de magnesio.

Si la paciente vuelve a convulsionar después de la segunda dosis de sulfato de magnesio administrar cualquiera de estos esquemas:

1. Midazolam 1.2 mg IV puede repetirse en 5-10 minutos.
 2. Diazepam 5-10 mg IV lento, puede repetirse en 15 minutos Max 30 mg.
 3. Fenitoina 1000 mg IV en 20, Pasar en 20 minutos.
- Vigilar respiración, presión arterial y electrocardiograma.
 - Preparación para intubación orotraqueal (administrar Midazolam 2mg IV o Propofol 20-40 mg IV).

Finalización de las convulsiones:

1. Mantener infusión de sulfato de magnesio 24 horas después del parto.
2. Evaluar en busca de alguna lesión neurológica.
3. Una vez que la paciente es estabilizada finalizar el embarazo.

Hipertensión crónica más preeclampsia sobre agregada

MINSA (2018) refiere que “el manejo de estas pacientes debe realizarse en forma similar al descrito para la preeclampsia grave” (Pag.113).

Hipertensión gestacional

En su forma pura, no se asocia a un aumento de la morbi-mortalidad perinatal, ni a una disminución del peso de los recién nacidos. En general su manejo es expectante hasta las 38 semanas de gestación, siempre y cuando se haya descartado una preeclampsia. La terapia antihipertensiva se deberá comenzar si persiste la presión arterial diastólica entre 90 a 109 mmHg con uno de los siguientes agentes antihipertensivos: Alfa Metildopa, Labetalol y Bloqueadores de los Canales del Calcio (Nifedipina).

Limitantes para que el personal de enfermería no cumpla con el protocolo de SHG.

Cantidad de recurso

No se ha establecido un estándar universal para la cantidad mínima de recursos humanos en salud por población para un país o región determinado; así como indica la OPS/OMS (2018) “se debe trabajar con los países miembros y socios para fortalecer las capacidades en la planificación y evaluación de la fuerza de trabajo para lograr establecer estrategias de desarrollo”.

En el Informe sobre la salud en el mundo 2006, que los países con una densidad de menos de 2,28 médicos, enfermeras y parteras por cada 1000 habitantes, generalmente no alcanzan la cobertura meta de 80% de partos atendidos por personas capacitadas e inmunización infantil; OPS/OMS (2018, pág. 6), indica que:

Esta meta crítica fue calculada utilizando los mejores datos disponibles a los países miembros de la OMS en ese entonces. El análisis fue basado en el progreso entre las regiones hacia el logro de las tasas de cobertura meta para ciertas intervenciones de

atención de la salud, establecidas de acuerdo a la ODS. También se toman en cuenta otros factores que han demostrado afectar los niveles de cobertura y los resultados de salud.

Con respecto al personal, todos los hospitales estudiados sobrepasan o están en el límite superior los estándares aceptados de personal por cama. Sin embargo, esta situación oculta realidades que están determinadas por la composición de la nómina de personal, ya que se observa un desequilibrio entre el personal de asistencia directa al paciente (límites inferiores) y el personal administrativo y de servicios generales (límites superiores).

Dentro del recurso humano asistencial hay un fuerte determinante negativo debido a los escasos de personal de enfermería, además de problemas específicos del personal existente (incapacidades, edad, jubilaciones). Las estimaciones realizadas y cálculos efectuados indican que para un hospital promedio el estándar de enfermería sería de 4 horas por paciente al día. En base a dicho requerimiento se observa que en los hospitales del Estudio existe un déficit por hospital de aproximadamente 38 enfermeras. Concretamente, el hospital Berta Calderón dispone de un total de 190 enfermeras, cuando sus requerimientos son de aproximadamente 203 lo que representa un déficit de 13 enfermeras.

Organización del personal

Los servicios de enfermería son considerados una parte integral y esencial de cualquier sistema de salud local o de distrito. Por consiguiente, “el personal de enfermería está sirviendo a toda la población de la región ya sea en los hogares, clínicas, escuelas y centros de trabajo como en el hospital” (OPS/OMS, 2018). Básicamente, todo el personal de enfermería debe reconocer las limitaciones de la tradicional orientación individual y adoptar una orientación sana y hacia la comunidad, más conducente a la salud y el bienestar social.

Confort de la paciente

La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. Los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. “La mejora de la seguridad del paciente requiere acciones

dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad, riesgos ambientales, el uso seguro de los medicamentos, la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria” (OMS, 2018, pág. 1) .

Personal capacitado

Contar con el personal necesario y capacitado para atender las necesidades de las poblaciones más vulnerables y responder a las necesidades de salud de las personas y comunidades es esencial para lograr el acceso efectivo a los servicios de salud de calidad. Según (OPS/OMS, 2018) “el propósito de esto es aumentar el número de recursos humanos los cuales deben estar capacitados, quienes tienen una interacción directa con las embarazadas” (p.1). A su vez, estos recursos serán facilitadores para replicar esta metodología al personal, entrenándolos en el tema y así contar con un equipo de interprofesionales.

Con la capacitación de los recursos humanos y de la red comunitaria se contribuirá a reducir la muerte materna, la cual es un sinónimo de inaccesibilidad a los servicios de salud. Montes (2014) refiere que “al brindar herramientas técnico-científicas nos permitirá la aplicación de normas y procedimientos dirigidos a disminuir la mortalidad materna y fortalecer la red comunitaria”. Siendo esto de vital importancia dentro del sistema de salud y para la urbe en general.

Equipos e insumos necesarios para la atención

Los conceptos actuales de seguridad y calidad de la atención de gestantes de alto riesgo, el uso de procesos estandarizados, listas de chequeos, entrenamiento en trabajo en equipo y escenarios de simulación en obstetricia son estrategias de mejoramiento en el manejo de las emergencias obstétricas. Ofrecen la oportunidad de identificar áreas que deben ser mejoradas y permite la educación médica continua de alta calidad en situaciones catastróficas que no son comunes en las salas de partos. Médicos, parteras profesionales o enfermeras deben tener adecuado entrenamiento en la atención del parto o embarazo no complicado y en la identificación, manejo y referencia de las complicaciones maternas.

El Hospital Bertha Calderón se propone una dotación aproximada de 606 funcionarios, lo cual representa un índice de 3.00 personal por cama. Es conveniente que se asegure que el

65% del total de personal corresponda a profesionales de atención directa al paciente (personal asistencial).

Con respecto a los recursos financieros del Hospital Bertha Calderón el presupuesto actual del hospital es de C\$ 42.240.000 lo que significa un promedio de C\$186.000 por cama censable. Se propone que la asignación por “cama censable” sea de C\$225.000 con lo cual el presupuesto total sería de C\$ 45.500.000 (202 camas).

La responsabilidad del MINSA sería del 85% de dicho total, estando el 15% restante como responsabilidad propia del hospital (servicios diferenciados, etc.). Esta asignación por “cama censable” requiere del cumplimiento de parte del hospital de los acuerdos estipulados en el Convenio Gestión entre el MINSA y Hospital, con especial atención a los rendimientos de ocupación (mínima de 80%) y permanencia (promedio máximo de 3.5 días). Y la producción de egresos. (MINSA, 2004, pág. 12).

Disponibilidad de tratamiento

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008, pág. 17) y la comunidad internacional han estado de acuerdo a lo largo de las últimas décadas en numerosas resoluciones y declaraciones que afectaban a las políticas farmacéuticas, políticas de salud y estrategias de salud entre estas están:

En los últimos años, tanto la declaración de Alma-Ata de 1978 sobre "Salud para todos para el año 2000" como las "Metas para la cumbre del milenio, celebrada en la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en septiembre del año 2000, redundan en la necesidad de cooperación por parte de los sistemas de salud y de las compañías farmacéuticas para proveer un acceso sostenible a los medicamentos esenciales en los países en vías de desarrollo.

La calidad asistencial y la selección de los medicamentos considerados básicos para la asistencia sanitaria han causado un gran impacto debido a esto se ha publicado una Lista de Medicamentos Esenciales (LME); dicha lista se revisa periódicamente y forma una herramienta muy importante ya que de esta manera se puede asegurar la disponibilidad general de este tipo de fármacos. El acceso a los medicamentos

esenciales debe además cumplir con los requerimientos de calidad, seguridad y coste-efectividad, para alcanzar el objetivo del uso racional de los mismos. Idealmente esta elección debería basarse en la evidencia científica y estar libre de presiones comerciales.

La estrategia actual de la OMS se basa en mejorar el acceso a los medicamentos esenciales, fortalecer las políticas farmacéuticas nacionales, la calidad y seguridad de los medicamentos y fomentar su uso racional.

Tanto los profesionales médicos como los farmacéuticos ocupan una posición única en la tarea de establecer las actuaciones prioritarias a llevar a cabo en cada centro hospitalario en el ámbito de la política farmacéutica. “La colaboración multidisciplinar es fundamental para detectar, prevenir o resolver los problemas relacionados con los medicamentos y su uso prestando especial atención a las indicaciones, contraindicaciones, interacciones y efectos adversos” (Díaz, Villamil, & Buján, 2007, pág. 21).

Complicaciones maternas-fetales del SHG según protocolo del MINSA

Desprendimiento prematuro de la placenta o Abrupto Placentario

El desprendimiento prematuro de la placenta es la “separación accidental parcial o total de una placenta (...) ocurriendo esto antes de la expulsión fetal” (Zamorano, 2015). Esto puede ser ocasionado debido a un aumento brusco de la presión venosa en los espacios intervellosos por ejemplo en una preeclampsia, siendo uno de los factores de riesgo la “Hipertensión crónica y trastornos hipertensivos del embarazo el cual aumenta el riesgo cinco veces mayor de desprendimiento grave en comparación con las mujeres normotensa” (Zamorano, 2015) está es una complicación grave debido a la falta de contacto entre la placenta y el útero.

Manifestaciones clínicas:

Los cambios hemodinámicos de la paciente, el sangrado transvaginal son los síntomas principales, este puede presentarse de color oscuro, escaso y con coágulos si hay membranas rotas o bien, pueden no presentarse si hay membranas integra. También pueden presentar, “dolor abdominal o lumbar, contracciones uterinas de fuerte intensidad, variabilidad en la frecuencia cardíaca fetal y disminución de los movimientos fetales” (pinheiro, 2018). Todos

estos son pautas para detectar esta complicación que no es muy frecuente pero suele ser muy grave.

Trombosis venosa profunda (TVP)

MINSA (2013) define TVP como: "una masa sólida que se forma en el interior del corazón o de los brazos constituida por los elementos de la sangre si eso se desprende puede llegar a dar una embolia". Esto se puede presentar debido a cambios en el embarazo como una lesión endotelial una hipercoagulación o una estasis venosa.

Dentro de los factores de riesgo que conllevan a esta condición son los trastornos de coagulación por la terapia antitrombótica la inmovilidad, hemorragia postparto, preeclampsia con restricción del crecimiento intrauterino.

Según MINSA (2018, pág. 56) afirma que: "La mayoría de los casos de la TVP son asintomáticos sin embargo se pueden presentar dolor, edema, calor local, cambios en la coloración de la piel y cordón venoso palpable". Otros autores también mencionan circulación colateral que es la dilatación de las venas superficiales.

Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU)

Según MINSA-UNICEF (2003) refiere que: "el término RCIU o retardo del crecimiento fetal, se refiere a dos situaciones, bajo peso para la edad gestacional, pequeño para la Edad gestacional". Esto significa que los recién nacido no alcanzan su desarrollo completo el cual puede ser simétrico cuando todas las medidas cabeza, tronco y extremidades son inferiores al de los límites normales o asimétrico cuando solo afecta una parte del cuerpo.

Dentro de los factores de riesgo presentes en el RCIU encontramos: Macro ambiente (Ambientales, altitud sobre el nivel del mar, nivel socioeconómico) y Matroambiente (edad materna, gestación múltiple, talla y peso bajos, malnutrición, falta de aumento de peso acorde al estado nutricional pre-embarazo de la madre, etc.). Lo que da a entender que "las causas son multifactorial y esto representa un aumento significativo del riesgo de la morbilidad perinatal" (Pimiento & Beltrán, 2015).

El recién nacido con retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) presenta:

- Anomalías fetales infrecuentes.
- Diámetro biparietal normal.
- P. abdominal Pequeño.
- P. craneana /circunferencia Abdominal: Más allá de las 37sem. (Aumentado en el peso y normal en el más tardío).

Doppler: Índice de resistencia en arteria umbilical aumentados.

Ceguera cortical o desprendimiento de Retina

Sunir (2018) indica al respecto que “el desprendimiento de retina es la separación de la retina neurosensorial del epitelio y su pigmentación subyacente”. Esto quiere decir que, tiene lugar cuando la retina se separa del tejido subyacente de apoyo, por lo que la retina no puede funcionar adecuadamente, debido a que “hay una disminución de la visión central o periférica” (Sunir, 2018, pág. 32).

Signos y Síntomas

Una de las manifestaciones clínicas del desprendimiento de retina son las manchas, cuerpos flotantes y destellos de luz. La visión se torna borrosa. Otro signo es ver como una sombra o cortina que desciende desde la parte superior del ojo o de un lado a otro.

Estas señales pueden tener lugar gradualmente mientras la retina ejerce tracción separándose del tejido de sostén, o pueden ocurrir sorpresivamente si el desprendimiento se produce de inmediato. No se asocia dolor con el desprendimiento de retina.

Causas

Una lesión en el ojo o en la cara puede ocasionar un desprendimiento de retina, así como también los altos niveles de miopía. Las personas con miopía aguda tienen globos oculares más largos y retinas más delgadas y más propensas a desprenderse.

En raras ocasiones un desprendimiento de retina puede tener lugar posteriormente a una cirugía en personas con miopía aguda. La cirugía de cataratas, los tumores, enfermedades

oftalmológicas, crisis convulsivas ocasionadas por diferentes patologías como por ejemplo la eclampsia y trastornos sistémicos tales como la diabetes y la anemia drepanocítica pueden también ocasionar desprendimientos de retina.

Algunas veces el movimiento de fluidos en el ojo presiona y separa la retina.

Tratamiento

Para reparar un desprendimiento de retina es necesaria la cirugía. El procedimiento habitualmente es realizado por un especialista de retinas, un oftalmólogo que ha realizado estudios avanzados en el tratamiento médico y quirúrgico de las afecciones de la retina.

En general, cuanto más rápidamente se una la retina, mejores serán las probabilidades de que se pueda restaurar la visión.

Los procedimientos quirúrgicos utilizados para tratar un desprendimiento de retina incluyen:

- Cirugía de cierre escleral.
- Vitrectomía.
- Retinopexia neumática

Síndrome de HELLP

Es una complicación del embarazo que amenaza la vida, por lo general considerado una variante de la preeclampsia. Ambas condiciones ocurren generalmente durante las últimas etapas del embarazo o a veces, después del parto. Así mismo menciona el (IHSS, 2009):

Es la etapa de más avanzada y de suma gravedad de la preeclampsia-eclampsia y se caracteriza por hemolisis (aumento de la bilirrubina), aumento de las enzimas hepáticas (TGO, TGP, LDH) y disminución en el número de paquetes; estas manifestaciones pueden llevar a una anemia severa por la hemolisis, a una falla hepática o coagulopatía diseminada por el consumo plaquetas (pág. 133).

El síndrome de HELLP fue nombrado por el Dr. Luis Weinstein en 1982 después de sus características:

H (hemolisis, que es la ruptura de los glóbulos rojos).

EL (enzimas hepáticas elevadas).

LP (bajo recuento de plaquetas).

Síntomas:

Pueden parecer al principio como la preeclampsia tomando en cuenta algunos o más de estos síntomas:

- Dolor de cabeza.
- Nauseas/vómitos/indigestión con dolor después de comer.
- Sensibilidad abdominal o en el pecho y dolor superior en la parte derecha superior lateral.
- Dolor de hombro o dolor al respirar profundamente.
- Sangrado.
- Cambios en la visión.
- Los signos a buscar son: presión arterial alta y proteínas en orina.

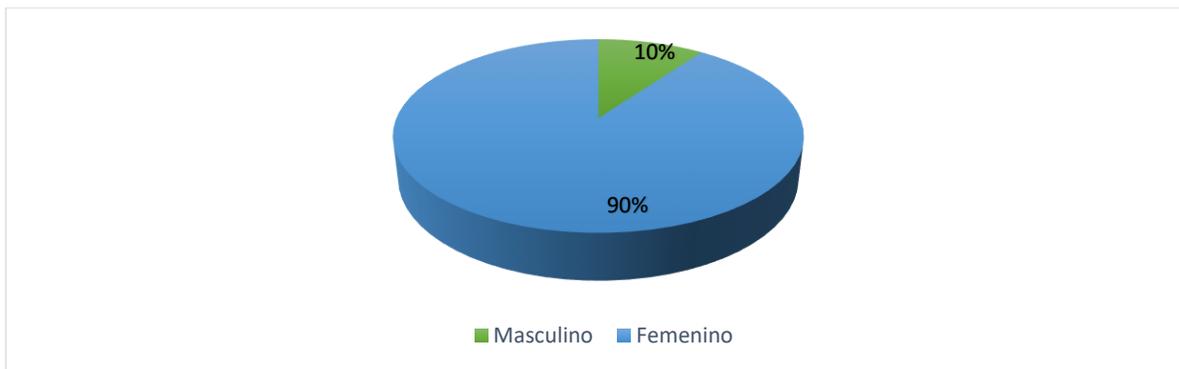
Tratamiento

Particularmente lo más conveniente es que las mujeres con este síndrome se les debe de adelantar el nacimiento de su bebe. Durante el embarazo pueden llegar a requerir una transfusión de algún tipo de producto de la sangre. Los corticosteroides pueden usarse en el embarazo temprano para ayudar a madurar los pulmones del bebé.

VIII. Análisis y presentación de resultados de la información

Figura 1

Sexo del personal de enfermería, sala de ARO del Hospital Bertha Calderón Roque II semestre 2019.

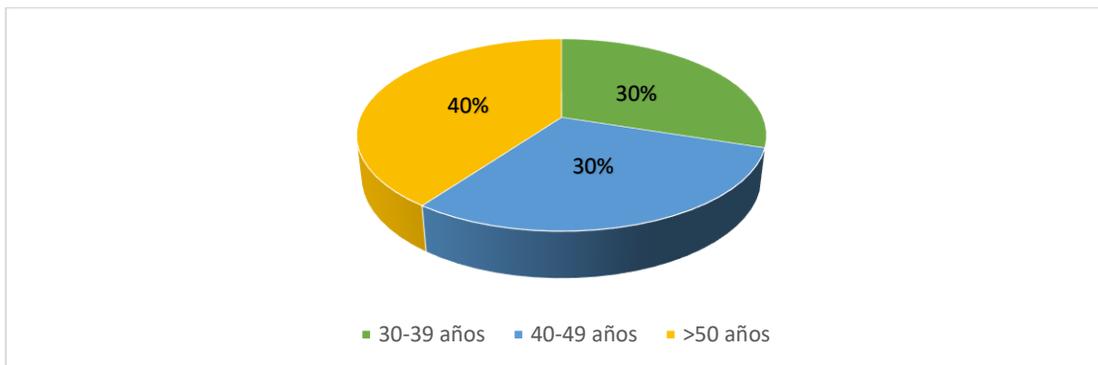


Fuente: tabla 1

Al analizar los datos sobre las características sociodemográficas de la población en estudio se puede observar en la gráfica que se destaca el predominio del sexo femenino con un 90% en relación al sexo masculino en un 10%. Según la Organización Mundial de la Salud la mujer constituye el 80% de trabajadores de la salud en todas las áreas (OMS 2008).

Figura 2

Edad del personal de enfermería, Sala de ARO del Hospital Bertha Calderón Roque II semestre 2019.



Fuente: tabla 2

En cuanto a la edad, al analizar los datos obtenidos de la población en estudio se puede observar en la gráfica que en un 40% la edad predominante oscila en servidores de la salud >50 años, lo cual refleja que el personal de la sala en su mayoría no posee la misma capacidad física para ejercer su labor que el personal de menor edad. Por otro lado, un 30% de las edades oscila entre 40 – 49 años siendo estos el personal con edades medias que brinda su servicio en la sala pero que de igual manera presentan factores que disminuyen la capacidad laboral a diferencia del otro 30% de edades entre 30 – 39 años que sería el personal más joven lo cual se considera que poseen mayor capacidad física para brindar servicio de salud a la sociedad.

Figura 3

Años de experiencia del personal de enfermería, Sala de ARO del Hospital Bertha Calderón Roque, II semestre 2019

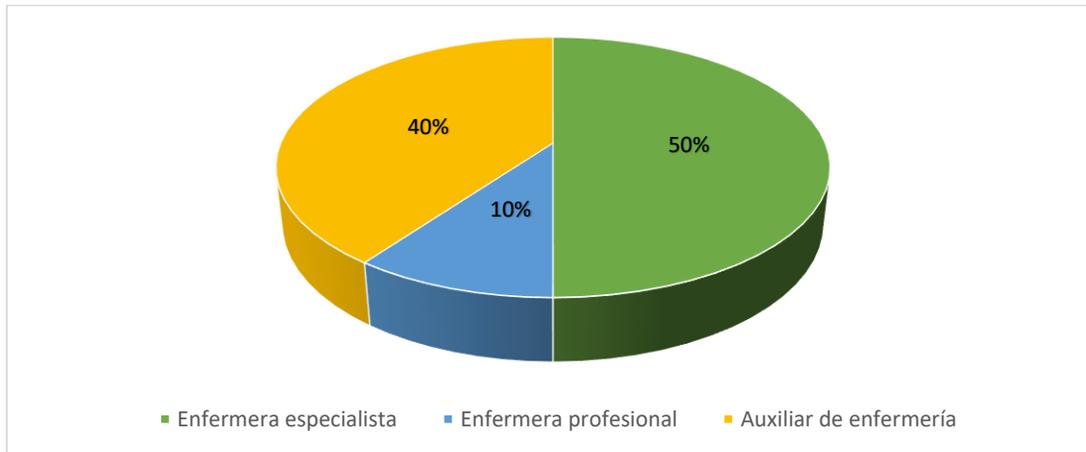


Fuente: tabla 3

Como se puede observar en la gráfica, un 90% del personal en estudio cuenta con experiencia oscilantes entre 1 – 10 años de antigüedad mostrando el más bajo nivel de practica y labor en el servicio. Sin embargo, esto no significa que no cuenten con las habilidades y capacidades necesarias para ejercer en su desempeño laboral. Por otra parte, tan solo un 10% del personal de la sala han prestado su servicio oscilante entre 11 – 20 años de antigüedad.

Figura 4

Nivel profesional del personal de enfermería, Sala de ARO del Hospital Bertha Calderón Roque, II semestre 2019.

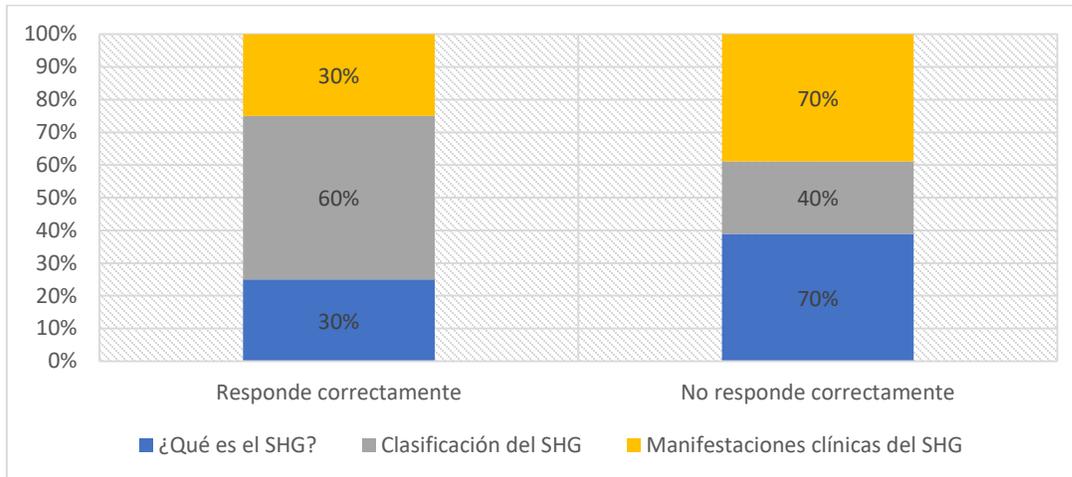


Fuente: tabla 4

Tal como lo muestra la gráfica, se puede observar que el 50% del personal en estudio son enfermeras especialistas lo cual esto indica que la sala cuenta con servidores con altos niveles académicos y de profesionalización siendo de gran importancia al momento de brindar servicio de salud a la población con calidad y calidez humana. De igual manera considerándose beneficioso puesto que se espera que cuenten con mayores conocimientos en pro de la salud de las pacientes. Por otro lado, se puede observar que en un 40% son auxiliares de enfermería lo cual indica un índice de menor nivel académico y de profesionalización, no obstante, como lo refleja la gráfica existe un pequeño porcentaje diferencial entre las enfermeras especialistas y auxiliares de enfermería laborando en esta sala. A diferencia de solo un 10% contando con enfermera profesional.

Figura 5

Conocimiento que posee el personal de enfermería sobre el SHG, Sala de ARO del Hospital Bertha Calderón Roque, II semestre 2019.

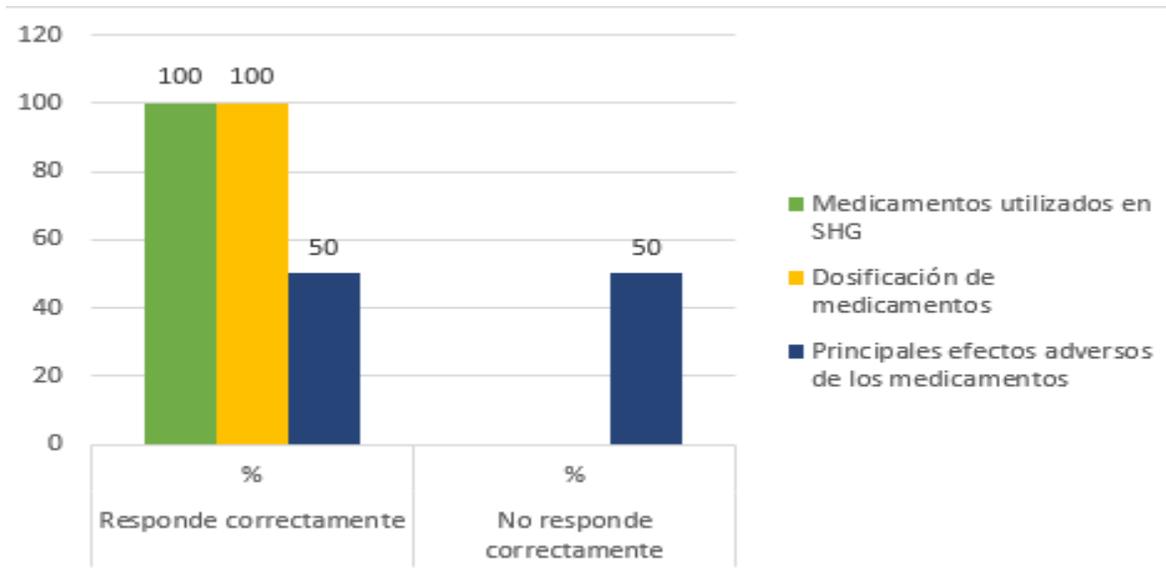


Fuente: tabla 5

De acuerdo a los datos obtenidos de la población en estudio sobre el conocimiento que tienen acerca del protocolo de SHG se obtuvo que un 30% de los encuestados respondieron correctamente en cuanto a la definición y un 70% no respondieron correctamente lo que nos indica que la mayoría del personal de la sala de ARO desconocen la conceptualización de esta patología, describiéndose en el protocolo de emergencia obstétrica como la hipertensión que se inicia o diagnostica durante la gestación en una paciente previamente normotensa, o la elevación de la tensión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg o una presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg; de igual manera se menciona que puede clasificarse en tres grupos de acuerdo a su forma clínica de presentación, grado de severidad y aparición de signos y síntomas. Dicho lo anterior en cuanto a su clasificación, un 60% conocen las formas clínicas en que se puede presentar el SHG y el 40% no conocen todas las formas de presentación del trastorno hipertensivo por lo que puede llegar afectar en el proceso de atención. Por otra parte, el 30% de la población conocen las manifestaciones clínicas que se presentan en el SHG y el otro 70% no conoce todos aquellos signos y síntomas que puede ocasionar dicha condición.

Figura 6

Conocimiento que posee el personal de enfermería sobre los fármacos utilizados en el SHG, Sala de ARO del Hospital Bertha Calderón Roque, II semestre 2019.



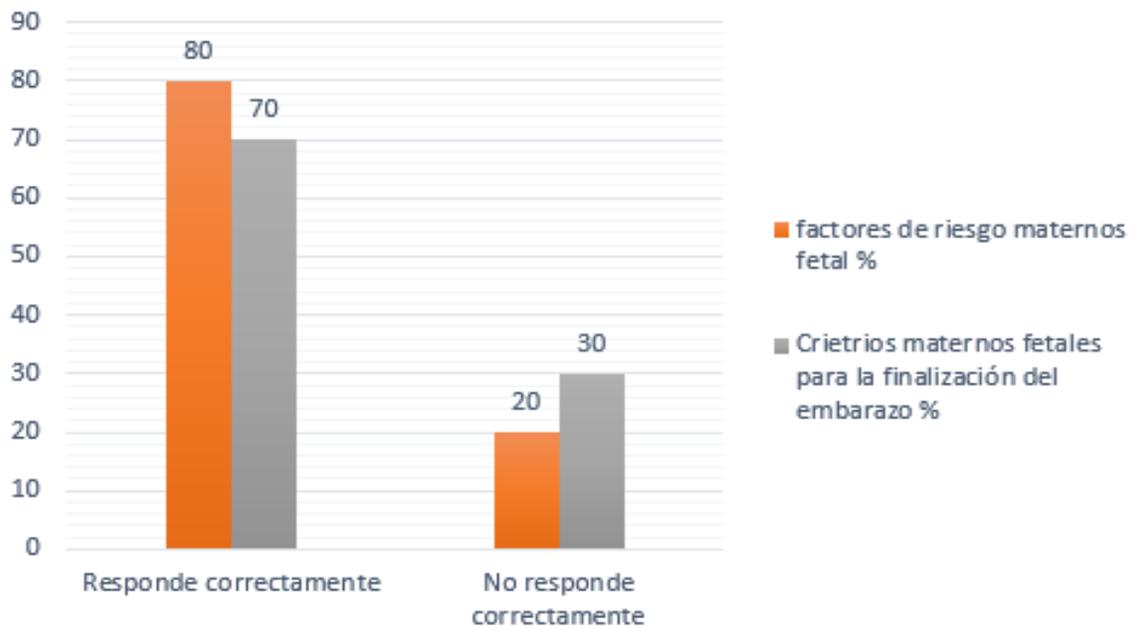
Fuente: tabla 6

En cuanto a los medicamentos utilizados en las crisis hipertensivas se obtuvo que el 100% del personal en estudio conocen los esquemas antihipertensivos y sus dosificaciones, lo que presenta un gran beneficio para los pacientes porque de esta manera lograrán disminuir el agravamiento de su estado de salud.

Con respecto a los efectos adversos de los medicamentos un 50% está plenamente consciente de lo que estos fármacos pueden ocasionar, sin embargo, el otro 50% no conoce todos los efectos secundarios que se pueden presentar, la teoría dice que las reacciones adversas a los medicamentos son efectos no deseados ni intencionados de un medicamento por lo que es importante identificar cualquier cambio anormal en el paciente debido a que suelen responder de manera diferente a una determinada pauta de tratamiento.

Figura 7

Conocimiento que posee el personal de enfermería sobre los factores de riesgo del SHG y los criterios de finalización del embarazo, Sala de ARO del Hospital Bertha Calderón Roque, II semestre 2019.



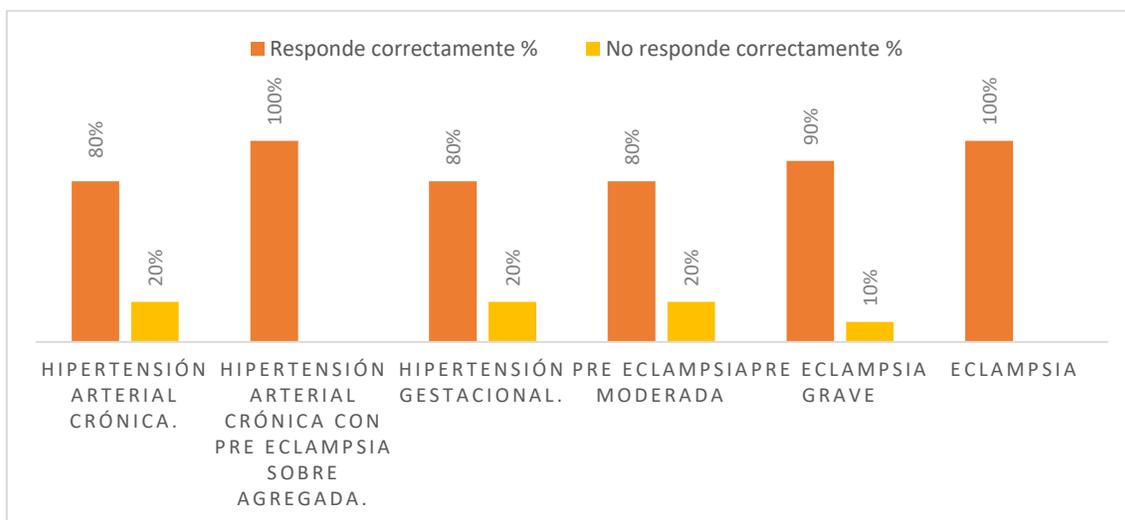
Fuente: tabla 7

Según los datos obtenidos en las encuestas de acuerdo a los factores de riesgo el 80% de los individuos conoce aquellas condiciones en las que las mujeres embarazadas se vuelven vulnerables al SHG y tan solo el 20% de la población en estudio no está muy clara de los factores condicionantes de dicha patología, con relación a teoría nos dice que es un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.

Con relación a los criterios materno-fetal para finalizar el embarazo el 70% del personal está perfectamente claro cuáles son aquellas condiciones en las que se debe interrumpir el embarazo con el fin de mantener la armonía del binomio madre-hijo, y el 30% desconoce algunos criterios para interrumpir el embarazo. El MINSA (2014) menciona que la programación de la finalización del embarazo estará determinada por el estado del paciente, feto, evolución del evento hipertensivo y la presencia o no de condiciones que ameriten la interrupción del embarazo sin importar la edad gestacional.

Figura 8

Cumplimiento del manejo del protocolo del SHG por parte del personal de enfermería en sala de ARO del Hospital Bertha Calderón Roque, II semestre 2019



Fuente: tabla 8

Al analizar los datos obtenidos a través de los instrumentos aplicados se obtuvieron los siguientes resultados: que un 80 % de la población tiene conocimiento adecuado en cuanto a la atención de la hipertensión arterial crónica, que es una patología ya existente antes del embarazo y un 20 % desconoce algunos pasos a realizar. Por otra parte, el 100 % de los individuos en estudio manejan correctamente lo que se debe realizar en pacientes que presentan hipertensión arterial crónica + preeclampsia sobre agregada presentándose esta en pacientes con hipertensión crónica conocida o diagnosticada antes de la semana 20 del embarazo.

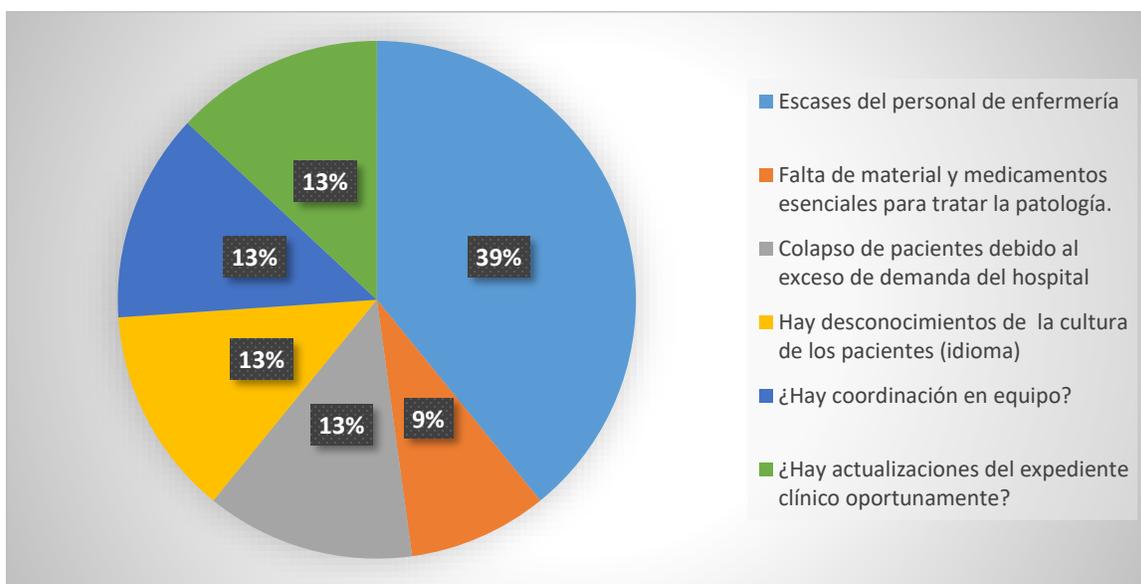
Ha lo que respecta el cumplimiento del manejo de la hipertensión gestacional, desarrollándose esta durante la segunda mitad del embarazo sin presencia de proteinuria significativa un 80% del personal en estudio respondieron correctamente y el otro 20% no respondió correctamente. En cuanto a la hipertensión arterial y preeclampsia moderada un 80% del personal de enfermería conocen correctamente la forma de atención que se debe brindar según el protocolo de emergencias obstétricas y el otro 20% desconocen lo que dice la teoría.

Referente a la atención de la pre eclampsia grave es cuando se presenta la PAM 126mmHg con o sin presencia de proteínas en orina, en cuanto a lo anterior el 90% del personal conoce

el manejo adecuado de esta patología, siento un 10% el personal que desconoce o no realiza algunos pasos en la atención de estas pacientes. Por otra parte, al analizar los datos del manejo de la eclampsia el 100% de los encuestados conocen correctamente el manejo que debe brindarse, siendo esto una gran ventaja debido a que esta es la forma más grave de presentarse el SHG por la existencia de convulsiones.

Figura 9

Limitantes que posee el personal de enfermería para el cumplimiento del protocolo de SHG de Sala de ARO del Hospital Bertha Calderon Roque, II semestre 2019.



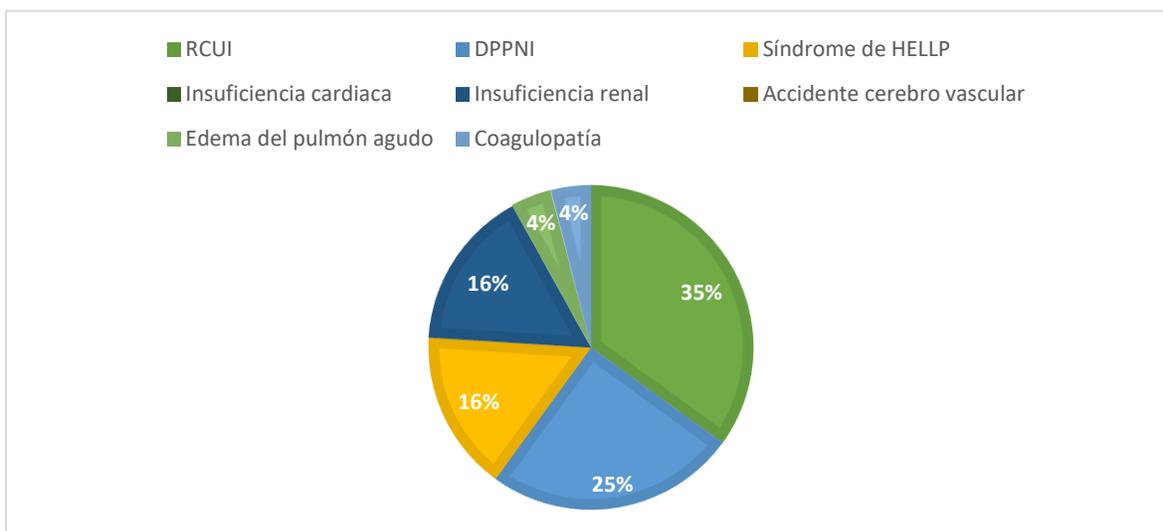
Fuente: tabla 9

En cuanto a los datos obtenidos, se encontró que un 39% de los encuestados coincidieron que el escás del personal de enfermería en la sala, es el principal factor limitante prevaleciente lo cual implica la saturación de trabajo para ellos debido a la alta demanda de pacientes ingresados en la sala. Por otro lado, un 13% del personal en estudio indicaron que el colapso de pacientes debido al exceso de demanda del hospital es otro factor limitante que interfiere al momento de brindar atención. Así mismo, afectando el estado de salud del personal debido al estrés o tensión por trabajo. Respectivamente al desconocimiento de la cultura de las pacientes enfatizando el idioma, se obtuvo que un 13% del personal consideraron como una restricción no conocer totalmente acerca de la cultura de pacientes de zonas en donde practican otro idioma y por lo tanto tienen diferentes estilos de vida implicando esto no tener

una comunicación e interacción adecuada y oportuna según sus necesidades. De igual manera se obtuvo que un 13% de los encuestados consideraron que la falta de coordinación en equipo impide realizar, adecuarse y organizarse de manera prudente y oportuna al momento de brindarle atención al paciente. Correspondientemente un 13% del personal en estudio indicaron como limitante que la falta de actualización del expediente clínico oportunamente es un factor determinante para brindar un manejo con pertinencia en tiempo y forma a las pacientes.

Figura 10

Complicaciones materno – fetales presentadas en sala de ARO del Hospital Bertha Calderón Roque, II semestre 2019.



Fuente: tabla 10

Al procesar la información obtenida en el cuestionario demuestra que la complicación con más prevalencia es el RCIU con un 35% lo que nos indica que los neonatos son los más afectados, el DPPNI se presenta con un 25% siendo este un factor que compromete la vida materno fetal, el síndrome de HELLP y la insuficiencia renal se presentan con igual frecuencia de un 16% y muy raramente se presentan problemas de coagulación o edema de pulmón agudo ocupando un 4% de las complicaciones presentadas por el SHG, no obstante

la insuficiencia cardiaca y el accidente cerebro vascular no fueron seleccionadas por el personal en estudio por lo tanto ocupan un 0%.

IX. Conclusiones

Mediante los datos obtenidos en cuanto a las características sociodemográficas y laborales del personal de enfermería en sala de ARO del Hospital Bertha Calderón se encontró que existe un mayor predominio de servidoras de la salud laborando en dicha sala, en correspondencia a su nivel de preparación con mayor afluencia enfermeras especialistas y auxiliares de enfermería, en ellas sus edades oscilante mayores de 40 años, lo cual indica que debido a la demanda de pacientes es de necesidad que exista mayor número de personal de enfermería independientemente de su nivel de profesionalización cubriendo en sala, sin embargo, que sean particularmente jóvenes con disposición, capacidad y agilidad para brindar cuidados de calidad y calidez humana.

En lo que respecta al grado de conocimiento que tienen sobre el protocolo de SHG, se demostró que donde tienen un menor dominio es en la conceptualización del mismo, no obstante, en lo que respecta a la clasificación y a las manifestaciones clínica si manifiestan conocimiento de ello siendo esto muy significativo y de mucha importancia al momento de determinar el que hacer y cómo actuar para brindar un manejo debido y oportuno a la paciente. De igual manera en lo que refiere al conocimiento que tienen acerca de los fármacos utilizados en el SHG, factores de riesgo y sobre los criterios para finalizar el embarazo se concluyó que el personal de enfermería domina dichos aspectos lo cual es de satisfacción que conozcan sobre ello ya que esto permite ofrecer una mejor atención binomio madre-hijo.

De una manera significativa a lo que respecta el cumplimiento del protocolo se logró demostrar que el personal de enfermería en estudio efectúa el debido manejo a lo que concierne el cumplimiento según las diferentes formas de presentación del Síndrome Hipertensivo así mismo su identificación y oportuna atención.

Si bien es cierto, existen distintas causas que pueden interferir al momento de brindar atención en salud, especificando en la sala de estudio según el personal encuestado concuerdan que los escasos del personal es una de los limitantes de mayor prevalencia que influyen a que los mismos tiendan a tener un colapso de trabajo implicando esto que tiendan a desarrollar estrés o tensión por el mismo. Sin embargo, tal como lo es la falta de material y medicamentos esenciales para tratar la patología indicaron que de igual manera es otro de los limitantes que intervienen en el manejo del mismo. En cuanto al exceso de pacientes, el desconocimiento de las diferentes culturas, zonas de las cuales no tengan un dominio de idioma, la coordinación en equipo y que los expedientes clínicos no sean actualizados oportunamente implican ser limitantes que intervengan al momento de brindar una adecuada atención.

Para concluir, en lo que concierne a las complicaciones que pueden presentarse en la sala según la clasificación del SHG con más prevalencia tenemos el RCIU lo que nos indica que los neonatos son los más afectados debido a la falta de identificación de factores que exponen la vida o el desarrollo adecuado del feto durante el embarazo. Seguido a ello, encontramos el DPPNI siendo este al igual un factor que compromete la vida materna fetal, así como también el síndrome de HELLP, la insuficiencia renal, el edema agudo de pulmón y la coagulopatía complicaciones que se han presentado con menor frecuencia pero que de igual manera no pueden dejar pasar por desapercibido.

X. Recomendaciones

Sugerimos a las autoridades de la institución:

- Brindar capacitaciones al personal de Enfermería sobre temas de Síndrome hipertensivo gestacional para reforzar su conocimiento teórico.
- Monitorear la atención que realiza el personal de Enfermería a la mujer embarazada con SHG debido a que esta es una enfermedad es prevalente y con tendencia al aumento independientemente de la magnitud de su índice.
- Por otra parte, se recomienda revisar protocolo de emergencias obstétricas, identificado las actividades básicas y específicas que se deben realizar en cada clasificación del síndrome hipertensivo, con el fin de estimular el cumplimiento del mismo.

Sugerimos a la jefa de sala:

- Continuar instando al personal de la sala a brindar servicios de salud con calidad y calidez humana a como lo han venido haciendo hasta hoy.
- Promover el estudio independiente de la actualización de protocolo de emergencias obstétricas.

XI. Bibliografía

- Acuña, H., & Konow, I. (1990). *Métodos y técnicas de investigación prospectiva para la toma de decisiones*. Chile: FUNTURO.
- Bailey, G. (04 de 2018). *Desprendimiento de retina*. Obtenido de <http://www.allaboutvision.com/es/condiciones/desprendimiento-retina.htm>
- Canales, F., Alvarado., & Pineda. (1997). *metodologia de la investigacion, manual para el personal de salud*. Mexico: Limusa SA de C.V. .
- castilla M. L. &, c. (2004). *conocimientos y prácticas de enfermería en el manejo del síndrome hipertensivo gestacional Hospital Asunción*. Juigalpa.
- Castilla, & colaboradores. (2004). *Manejo de enfermería en SHG en el Hospital Asunción de Juigalpa*. Juigalpa.
- CLAP. (2012). *Guías para la atención de Emergencias Obstétricas*.
- Deiman, P. (1994). *Dotación de personal para los servicios de enfermería en hospitales de distrito para la atención primaria de salud*. Obtenido de <http://Dotacion-de%20personal%20para%20los%20servicios%20de%20enfermeria%en%20hospitales%20de%20distrito%20para%20la%20atencion%20primaria%salud.pdf>
- Díaz, Villamil, & Buján. (04 de 2007). *Adecuación de la disponibilidad farmacológica*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000400004
- Fescina R, D. M. (2012). *Guías para la atención de las principales emergencias obstetricas*. Obtenido de <http://www.paho.org/clap/index%20guia-para-la-atencion-de-las-principales-emergencias-obstetricas>
- fundations, P. (26 de 05 de 2015). *Síndrome de HELLP*. Obtenido de www.preeclampsia.org
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación 4ta edición*. México: McGraw-Hill.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación 6a Edición*. México: McGraw Hill.
- IHSS. (2009).
- Leiva, L. (2003). *aplicación de protocolo del SHG en pacientes hospitalizados en el Hospital Velez Páiz*. Managua.
- MINSAs. (27 de 11 de 2004). *Estudio medico funcional del Hospital Bertha Calderon Roque*. Obtenido de <https://enriquebolanos.org/data/media/informe/Estudio%20Hospital%20Berta%20Calderon,%20Noviembre%202004.pdf>
- MINSAs. (17 de octubre de 2013). *Protocolo de Atención de las complicaciones obstétricas*. Managua, Nicaragua.

- MINSA-UNICEF. (2003). *Guía para el manejo del neonato*. Obtenido de file:///C:/Users/acer/Downloads/guia_neonato-minsa.pdf
- Montano, J. (10 de 10 de 2018). *Investigación transversal*. Obtenido de Liferder: lifeder.com/investigacion transversal/amp/
- Montes. (2014). *Sistemas y Servicios de salud*. En Montes.
- Montes, D. (2014). *Sistemas y servicios de salud*. En D. Montes.
- Montes, R. (3 de noviembre de 2014). *sistemas y servicios de salud*. Obtenido de http://www.paho.org/nic/index.php?option=com_content&view=article&id=888:capacitacion-a-personal-de-salud-para-mejorar-la-salud-materna&Itemid=244
- Montolla, C. M. (2006). *Manejo del Síndrome hipertensivo Gestacional en el Hospital escuela Oscar Danilo Rosales Arguello*.
- Montoya. (2006). *Manejo del SHG en el Hospital escuela Oscar Danilo Rosales Arguello*. Leon.
- Moraga, & colaboradores. (2002). *protocolo de manejo del síndrome hipertensivo gestacional en hospital Fernando Velez Paiz*. Managua.
- Moraga, C., & colaboradores. (2002). *Protocolo del manejo de SHG*. Managua, Nicaragua.
- O.M.S. (12 de abril de 2018). *Una atención limpia es una atención más segura*. Obtenido de www.who.int/lypsc/background/es
- ODS. (10 de Enero de 2018). *Objetivos de desarrollo sostenible*. Obtenido de www.un.org
- OMS. (2003). *Prevención de las infecciones nosocomiales 2da edición*. Ginebra: Minimum graphics.
- OMS. (11 de 2008). *Estableciendo y monitoreando las metas para los recursos humanos de la salud: enfoque basado en la densidad de la fuerza de trabajo*. Obtenido de http://www.who.int/hrh/statistics/Spotlight_6_SP.pdf
- OMS. (10 de 12 de 2010). *Carga mundial de infecciones asociadas a la atención sanitaria*. Obtenido de http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/
- OMS. (16 de 04 de 2018). *Seguridad del paciente*. Obtenido de http://www.who.int/topics/patient_safety/es/
- OPS/OMS. (16 de 04 de 2018). Obtenido de Capacitación a personal de salud para mejorar la salud materna: http://www.paho.org/nic/index.php?option=com_content&view=article&id=888:capacitacion-a-personal-de-salud-para-mejorar-la-salud-materna&Itemid=244
- OPS/OMS. (14 de 04 de 2018). *Sistemas y servicios de salud*. Obtenido de http://www.paho.org/nic/index.php?option=com_content&view=article&id=888:capacitacion-a-personal-de-salud-para-mejorar-la-salud-materna&Itemid=244
- Pimiento & Beltrán, 2. (2015).
- pinheiro. (2018).

PMSS. (2012). *Estudio Medico Funcional Hospital Berta calderon Roque*. Managua: Enrique Bolaños fundacion .

PNDH 2012-2016 - *Plan Nacional de Desarrollo Humano*. (08 de Noviembre de 2012-2016).
Obtenido de www.pndh.gob.ni/documentos/pndhActualizado/pndh.pdf

Rodríguez. (2013). *complicaciones obstetricas*. madriz: Ed. España, Madriz. SA.

Schwarcz, R. (2014). *Obtetricia*. California: El Ateneo.

Sunir. (2018).

Zamorano, M. (09 de 04 de 2015). Desprendimiento prematuro de manbraanas., (pág. 95).

Zamuria. (2014). *Factores de riesgos y cuidados de enfermeria segun protocolo en pacientes con SHG en centro de salud virgen de los desamparados*. Diría.

Anexos



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Instituto Politécnico de la Salud “Luis Felipe Moncada”

Departamento de Enfermería

Cuestionario

Estimado personal de enfermería la presente encuesta ha sido elaborada con el fin de obtener información sobre su conocimiento y aplicación del protocolo de emergencias obstétricas lo cual, será para fines académicos. Los datos obtenidos serán de carácter confidencial y de antemano le agradecemos su participación.

I. Características sociodemográficas y laborales

Sexo: Masculino ___ Femenino ___

Edad del personal: años

Años de laborar en el servicio de alto riesgo obstétrico

Nivel de preparación de los recursos (encierre en un círculo su respuesta).

- a) Enfermera/o especializada/o (obstetricia – materno infantil)
- b) Enfermera/o profesional
- c) Auxiliar de enfermería

II. Determinación del conocimiento aplicado al personal que labora en sala de Alto Riesgo Obstétrico.

De acuerdo a su conocimiento sobre el protocolo de emergencias obstétricas encierre en un círculo la opción correcta. Valor 4 pts cada una.

1. ¿Qué es el Síndrome Hipertensivo Gestacional?

- a) Son las que hacen referencia a la hipertensión que se inicia o diagnostica durante el embarazo en una paciente previamente normotensa.
- b) Son las presiones sistólicas y diastólicas elevadas durante el primer trimestre del embarazo.
- c) Son las presiones arteriales mayores a 140/90 mmHg que se presentan en el último trimestre del embarazo.

2. ¿Cómo se clasifica el SHG?

- a) Según el grado de severidad (preclamsia moderada, preclamsia grave).
- b) Según forma clínica (HTA crónica, HTA crónica con preclamsia sobre agregada, Hipertensión Gestacional, preclamsia – eclampsia).
- c) Según la aparición de los signos y síntomas (preeclampsia temprana <34 SG, preclamsia tardía > 34 SG)

3. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas?

- a) Cefalea, dolor torácico, elevación de la creatinina- ácido úrico- transaminasas PAD > 90mmhg, PAS > 140mmhg y proteína en orina > ++ y Edema generalizado.
- b) Edema generalizado, presiones arteriales elevadas proteinuria < ++ y ganancia de peso > 1kg/semana, cefalea, dolor torácico, elevación de la creatinina- ácido úrico- transaminasas
- c) Cefalea, dolor torácico, elevación de la creatinina- ácido úrico- transaminasas, HTA, proteinuria, edema generalizado, datos de encefalopatía hipertensiva, ganancia de peso > 1kg/semana.

Seleccione con un x las repuestas que considere correcta, se puede marcar más de una. Valor 4 pts c/u.

1. Factores de riesgo materno fetales del SHG.

- | | | | |
|---------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------|
| Mola Hidatiforme | <input type="checkbox"/> | Raza negra | <input type="checkbox"/> |
| Hidrops fetal | <input type="checkbox"/> | Bajo nivel socio económico | <input type="checkbox"/> |
| DPPNI | <input type="checkbox"/> | Artritis | <input type="checkbox"/> |
| Embarazos múltiples | <input type="checkbox"/> | Intervalo intergenésico igual o mayor a 10 años | <input type="checkbox"/> |
| Edad < 20 años > 35 años | <input type="checkbox"/> | Antecedentes de aborto | <input type="checkbox"/> |
| Anemia | <input type="checkbox"/> | Infecciones del tracto urinario | <input type="checkbox"/> |
| Síndrome antifosfolípidos | <input checked="" type="checkbox"/> | | |

2. Medicamentos antihipertensivos utilizados en SHG.

- | | | | |
|---------------------|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|
| Meropenem | <input checked="" type="checkbox"/> | Hidralazina | <input type="checkbox"/> |
| Nifedipina | <input type="checkbox"/> | Gluconato de calcio | <input type="checkbox"/> |
| Labetalol | <input type="checkbox"/> | Alfametildopa | <input type="checkbox"/> |
| Azitromicina | <input type="checkbox"/> | Dimenhidrinato | <input type="checkbox"/> |
| Sulfato de magnesio | <input type="checkbox"/> | Dexametasona | <input type="checkbox"/> |

3. Criterios materno- fetal para finalizar el embarazo.

Edad mayor o igual a 34 SG	<input type="checkbox"/>	Disnea SPO2 < 90%	<input type="checkbox"/>
DDPPNI	<input type="checkbox"/>	Oliguria	<input type="checkbox"/>
Inicio de trabajo de parto	<input type="checkbox"/>	Dolor precordial	<input type="checkbox"/>
Sufrimiento fetal	<input type="checkbox"/>	Cefalea	<input type="checkbox"/>
RCIU	<input type="checkbox"/>	Infección del tracto urinaria	<input type="checkbox"/>

Coloque la letra de la columna A en la Columna B según crea correcto valor pts c/u.

Principales efectos adversos de los medicamentos. Valor 5 pts.

Columna A

- a) Alfa metildopa
- b) Hidralazina
- c) Nifedipina
- d) Labetalol
- e) Sulfato de magnesio
- f) Gluconato de calcio

Columna B

- ___ Mareos, náuseas, edemas, hipotensión, fatiga y dolor de cabeza.
- ___ Dolor de cabeza, debilidad muscular, vómito y boca seca.
- ___ Rubor, cefalea, vértigo, náuseas e hipotensión transitoria.
- ___ Cefalea, palpitaciones, taquicardia sinusal, anorexia, náuseas y vómitos.

Dosificación de medicamentos.

Columna A

- a) Alfa metildopa
- b) Hidralazina
- c) Nifedipina
- d) Labetalol
- e) Sulfato de magnesio
- f) Gluconato de calcio

- ___ Dosis ataque: 4gr IV diluido en 200ml de SSN. Dosis de mantenimiento: 8gr IV diluido en 420ml de SSN. Max 1-2 gr por hora.
- ___ 10 mg PO c/4hras máximo 120mg/día.
- ___ 250-500 mg c/8 horas.
- ___ 10 mg, IV si no mejora la PAD administrar 20 mg IV, luego de 10 minutos 40mg hasta 80 mg como máximo.
- ___ 5 mg IV c/15 min hasta que disminuya la PA máximo 4 dosis: 20mg.

Columna B

III. Cumplimiento del manejo de protocolo de SHG.

Seleccione falso o verdadero según respuesta correcta. Valor 2.5 pts cada una.

Manejo según clasificación del SHG		falso	verdadero
Hipertensión arterial crónica	Realizar exámenes de laboratorio.		
	Si la paciente no recibía tratamiento antihipertensivo o si la paciente recibía, cambiar preferiblemente a Alfa metildopa 250-500mg PO c/8horas.		
	Canalizar a la paciente con B#14-18.		
	Colocar sonda foley #18.		
	Iniciar primer esquema de sulfato de magnesio.		
	Se debe monitorear e interpretar las constantes maternas fetales.		
	Realizar balance hídrico.		
Hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobreagregada	Colocar branula #16 y mantener vías aéreas permeables		
	Colocar sonda foley #18.		
	Realizar balance hídrico.		
	Monitorear y valorar las constantes maternas-fetales cada hora.		
	Auscultar bases pulmonares, si se detecta estertores administrar furosemida 40 mg dosis única.		
	Realizar exámenes de laboratorios.		
	Administrar Gluconato de calcio 1gr en 5ml SSN para evitar que la paciente convulsiones.		
	Cumplir tratamiento antihipertensivo y anticonvulsivante.		
Administrar sulfato de magnesio dosis de ataque cada 4 horas.			
Hipertensión Gestacional	Realizar monitoreo de constantes materno fetales e interpretación de las mismas.		
	Realizar balance hídrico.		
	Realizar e interpretar exámenes de laboratorios.		
	Canalizar con branula #18.		
	Colocar sonda foley #18.		
	Auscultar bases pulmonares, si se detecta estertores administrar furosemida 50mg dosis única.		
	Se debe cumplir tratamiento antihipertensivo con uno de los siguientes esquemas: Alfa metildopa, labetalol o nifedipina.		

Preeclampsia moderada	Reposo en cama (de preferencia en decúbito lateral izquierdo).		
	Régimen común sin restricción de sal (normo sódico).		
	Control de signos vitales maternos c/ 4-6 hrs. (Presión Arterial, Frecuencia Cardíaca y Evaluación de los Reflejos Osteo-tendinosos).		
	Control de signos obstétricos c/4-6 hrs. (Dinámica uterina y FCF).		
	Monitoreo diario de movimientos fetales por parte de la madre y Médicos tratantes.		
	Registro diario de peso y diuresis materna por enfermería y médicos tratantes.		
	Evaluación dirigida de los síntomas y signos premonitorios de Preeclampsia Grave-Eclampsia.		
	Indicar maduración pulmonar Fetal en Embarazos de 24 a 35 semanas de gestación. Dexametasona 6 mg IM c/12 hrs. por 4 dosis.		
Preeclampsia grave	Coloque bránula 16 o de mayor calibre y administre Solución Salina o Ringer IV a fin de estabilizar hemodinámicamente.		
	Vigilar signos vitales, reflejos y frecuencia cardíaca fetal.		
	Ausculte las bases de pulmones cada hora para detectar estertores que indiquen edema pulmonar, de escucharse estertores restrinja los líquidos y administre furosemida 40 mg IV una sola dosis.		
	Indicar corticoides para maduración pulmonar en caso de ser necesario.		
	Uso de antihipertensivos en preeclampsia grave si PA diastólica > o igual 110 mmhg.		

	Indicar labetalol IV o Hidralazina o nifedipina para el manejo de la emergencia hipertensiva.		
	Administrar esquema de Zuspan (sulfato de magnesio 4gr IV en 200 ml de SSN, Ringer o DW5% pasar de 5-15 minutos luego 8 gr IV de sulfato de magnesio en 420 ml de SSN o Ringer, DW5% cada 8 horas pasar 1gr por hora por 24 horas a 60 mcg por minuto).		
Eclampsia	Si no respira usar ambú y mascarilla y administrar oxígeno de 4-6 litros por minuto por tubo endotraqueal.		
	Si respira administrar oxígeno 4-6 litros por minuto por máscara o catéter nasal.		
	Colocar a la paciente en decúbito lateral izquierdo		
	Mantener vía área permeable		
	Tomar presión arterial y pulso.		
	Canalizar vía intravenosa con branula # 16 o mayor calibre e inicio de infusión de SSN o Ringer a goteo apropiado a fin de estabilizar la hemodinamia.		
	Colocar sonda vesical para monitorear diuresis y proteinuria.		
	Sulfato de magnesio 4-6 gr IV en 15 minutos seguido de infusión de 1gr c/h por 24 horas		
	Vigilar signos vitales, reflejos y frecuencia cardiaca fetal cada hora.		
	Auscultare bases pulmonares en busca de estertores, si se encuentran estertores restringir líquidos y administrar furosemida 40 mg IV una sola vez.		
	Administrar dosis de corticoide en caso de ser necesario.		

	<p>Si la paciente vuelve a convulsionar después de la segunda dosis de sulfato de magnesio administrar cualquiera de estos esquemas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Midazolam 1.2 mg IV puede repetirse en 5-10 minutos. 2. Diazepam 5-10 mg IV lento, puede repetirse en 15 minutos máx 30 mg. 3. Fenitoina 1000 mg IV en 20, Pasar en 20 minutos. <p>Se debe preparación para intubación orotraqueal (administrar Midazolam 2mg IV o Propofol 20-40 mg IV).</p>		
--	--	--	--

IV. Seleccione los factores que limitan la adecuada atención del paciente con SHG.

Puede seleccionar más de una. Valor 3 pts

Escases del personal de enfermería

Falta de material y medicamentos esenciales para tratar la patología

Colapso de pacientes debido al exceso de demanda del hospital

Desconocimiento de la cultura de los pacientes (idioma)

La coordinación en equipo

Actualizaciones del expediente clínico oportunamente

V. Encierre con círculo las complicaciones que se han presentado en sala de ARO según clasificación de protocolo de SHG. Puede seleccionar más de una. Valor 3 pts.

- a) Restricción del crecimiento intrauterino
- b) Desprendimiento prematuro de la placenta
- c) Síndrome de HELLP
- d) Insuficiencia cardiaca
- e) Insuficiencia Renal
- f) Accidente cerebro vascular (ACV)
- g) Edema de pulmón agudo
- h) Cuagulopatía



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

GUÍA DE OBSERVACIÓN IMPLEMENTADA EN SALA DE ARO

La siguiente guía de observación se le aplicara al personal de enfermería que labora en sala de ARO del Hospital Bertha Calderón Roque. Managua.

I. Datos generales _____ Clave _____

Actividades		Observación		Observaciones
		Si	No	
Manejo según clasificación del SHG				
Hipertensión arterial crónica 2.5 c/u.	Toma e interpreta constantes materno - fetales.			
	Realiza e interpreta exámenes de laboratorio.			
	Mide proteinuria mediante cinta reactiva y/o en orina en 24 horas.			
	Si la Paciente no recibía tratamiento antihipertensivo o si recibía cambiar preferiblemente a Alfa metildopa 250mg-500mg PO c/8hrs.			
	Brinda control prenatal como paciente de Alto Riesgo obstétrico.			
	Induce la madurez pulmonar fetal entre 24-35SG.			
	Realiza controles cada 15 días hasta las 34SG.			
	Finaliza embarazo según criterios.			
Hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobreagregada 2.5 c/u.	Coloca branula #16, doble vía y mantener vías aéreas permeables.			
	Coloca sonda foley #18.			
	Realiza balance hidirico.			
	Monitorea y valora las constantes maternas-fetales cada hora.			
	Ausulta bases pulmonares, si detecta estertores administra furosemida 40mg IV.			
	Realiza e interpreta exámenes de laboratorios.			
	Cumple tratamiento antihipertensivo – anticonvulsivante.			

Actividades		Observación		Observaciones
		Si	No	
Hipertensión Gestacional. 2.5 c/u.	Realiza monitoreo de las constantes materno fetales e interpretación de las mismas.			
	Realiza e interpreta exámenes de laboratorios.			
	Canaliza con branula #18.			
	Cumple con tratamiento antihipertensivo con uno de los siguientes esquemas: Alfa metildopa, labetalol o nifedipina.			
Preeclampsia-eclampsia. 2.5 c/u.	Ingreso a la unidad de cuidados intermedios o intensivos.			
	Coloca B#16 o de mayor calibre, doble vía y administra SSN o lactato de Ringer a fin de estabilizar la hemodinamia.			
	Cateteriza vejiga con sonda foley #18 para medir la producción de orina y proteinuria.			
	Monitoriza la cantidad de líquidos administrados a través de una gráfica, si la producción de orina es < 30ml/l omitir sulfato de magnesio e indicar líquidos IV a razón de 1L/ 8 horas.			
	Monitorea e interpreta signos vitales, reflejos y frecuencia cardiaca fetal cada hora.			
	Mantiene vías aéreas permeables.			
	Ausulta bases pulmonares cada hora detectar estertores que indiquen edema pulmonar, de escucharse estertores restringir líquidos y administrar furosemida 40mg IV una sola dosis.			
	Realiza e interpreta exámenes de laboratorio.			
	Brinda oxígeno a 4 L/min por catéter nasal y a 6L/min por mascara.			
	Vigila signos y síntomas neurológicos de intoxicación por sulfato de magnesio.			
El personal de enfermería realiza cada paso del manejo SHG oportunamente según sea el caso.				
El personal de enfermería refleja todos los datos y hallazgos encontrados en el expediente clínico.				
El personal de enfermería brinda consejería a la paciente sobre su condición.				
Limitantes que pueden interferir en la buena atención de la paciente. 10 pts.				
El personal de enfermería cuenta con todos los insumos médicos para la brindar la atención.				
Hay camas suficientes para las pacientes.				
Hay suficiente personal de enfermería en la sala para brindar la atención de salud.				
Conocimiento de las diferentes culturas de los pacientes (Idioma).				

Actividades	Observación		Observaciones
	Si	No	
Complicaciones según clasificación de SHG. 10 pts.			
DPPNI			
Cuagulopatía			
Síndrome de HELLP			
Edema del pulmón agudo			
RCUI			
Insuficiencia renal			
Insuficiencia cardíaca			
Accidente cerebro vascular			



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

GUÍA DE REVISIÓN DOCUMENTAL IMPLEMENTADA EN SALA DE ARO DEL HBCR

Esta guía está diseñada para analizar el registro y cumplimiento de atención a través del expediente clínico que brinda el personal de enfermería a pacientes con Síndrome Hipertensivo Gestacional.

Valor 12.5 c/u

1. Registro de signos vitales maternos.

- a) Presión arterial
- b) Pulso
- c) Respiración
- d) Temperatura

2. Registro de signos vitales fetales.

- e) Frecuencia cardiaca
- f) movimientos fetales

3. Da seguimiento a la paciente según evoluciones médicas.

- a) Si_____
- b) No_____

4. Registra la administración de medicamentos según clasificación del SHG.

- a) Si_____
- b) No_____

5. Actualiza kardex según las evoluciones médicas.

- a) Si_____
- b) No_____

6. Registra balance hídrico cada 24 horas adecuadamente.

- a) Si_____
- b) No_____

7. Registra y redacta correctamente notas de enfermería.

a) Si _____

b) No _____

8. Corrobora que los exámenes de laboratorio se encuentren en el expediente clínico (BHC, EGO, glucemia, grupo y Rh, TGO, TGP).

a) Si _____

b) No _____

Consentimiento informado en un estudio de investigación médica

Conocimientos y prácticas en la aplicación del protocolo de emergencias obstétricas por parte del personal de enfermería a embarazadas con SHG en sala de ARO del HBCR diciembre 2018 - enero 2019.

Investigador principal: Oscar Lenin Mercado Pérez.

Nombre del personal de salud: _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes puntos. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

1. Justificación del estudio. Esta investigación se lleva a cabo en el HBCR que es un centro hospitalario de referencia nacional en el cual, se presta atención médica a las complicaciones que no pueden ser atendidas en otros hospitales, siendo ARO la sala donde se brinda servicios de salud a pacientes con la patología en estudio. Cabe recalcar que no se ha realizado un estudio que compruebe la aplicación del protocolo de emergencia obstétrica en esta unidad de salud, por lo tanto, se realiza este estudio con el fin de valorar los conocimientos y prácticas del personal de enfermería en cuanto al manejo del protocolo.

Se espera que los resultados obtenidos puedan servir como pautas en la toma de decisiones para el mejoramiento del manejo de las pacientes, y así de esta forma disminuir las complicaciones que puede conllevar esta patología actuando de manera oportuna, esto con el fin de reducir la morbimortalidad materno-fetal.

- **2. Objetivo del estudio:** en dicho estudio investigativo se le está invitando a participar con el objetivo de describir las características sociodemográficas y laborales que posee el personal de enfermería, evaluar el grado de conocimiento que tiene el personal de enfermería sobre el protocolo de SHG, valorar el cumplimiento del protocolo de SHG por parte del personal de enfermería, determinar si existen limitantes para que el personal de enfermería no cumpla con el protocolo de SHG y describir cuales son las complicaciones según clasificación del protocolo de SHG que se presentan en sala de ARO.

3. Beneficios del estudio:

En estudios realizados en otras áreas y unidades de salud, se ha demostrado que el correcto cumplimiento y practica en la aplicación del protocolo de emergencias obstétricas ha sido de beneficio para el binomio madre – hijo, por lo que se ha disminuido la tasa de morbi mortalidad materna y perinatal así mismo, a través de estos estudios se ha venido fortaleciendo aquellas limitaciones identificadas con el propósito de mejorar la atención en salud.

Aclaraciones

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante o del padre o tutor

Fecha

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Sr(a). _____ La naturaleza y los propósitos de la investigación; le he informado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda.

Firma del investigador

Tabla 1

Sexo del personal de salud que labora en la sala de ARO del Hospital Bertha Calderón Roque II semestre 2019

Sexo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Hombre	1	10
Mujer	9	90
Total	10	100

Fuente: cuestionario

Tabla 2

Edad del personal de salud que labora en la sala de ARO del Hospital Bertha Calderón Roque II semestre 2019

Edad	Número	Porcentaje (%)
20-29 años	0	0
30-39 años	3	3
40-49 años	3	30
50 años a más	4	40
Total	10	100

Fuente: cuestionario

Tabla 3

Años de laborar del personal de salud que labora en la sala de ARO del Hospital Bertha Calderón Roque II semestre 2019

Años de experiencia	Frecuencia	Porcentaje
Menos de un año		
1-10 años	9	90
11-20 años	1	10
Mayor de 21 años		

Fuente: cuestionario

Tabla 4

Nivel de preparación del personal de salud que labora en la sala de ARO del Hospital Bertha Calderón Roque II semestre 2019

Años de experiencia	Frecuencia	Porcentaje
Enfermera Especialista (Obstetricia y/o Materno Infantil)	5	50
Enfermera/o profesional	1	10
Enfermera auxiliar	4	40
Total	10	100

Fuente: cuestionario

Tabla 5

Grado de conocimiento que posee el personal de enfermería sobre protocolo de SHG en sala de ARO del hospital Bertha Calderón Roque

Conocimiento que posee el personal de enfermería sobre el SHG	Responde correctamente		No responde correctamente		total
	Fr	%	Fr	%	
¿Qué es el SHG?	3	30	7	70	100
Clasificación del SHG	6	60	4	40	100
Manifestaciones clínicas del SHG	3	30	7	70	100

Fuente: cuestionario

Tabla 6

Grado de conocimiento que posee el personal de enfermería sobre protocolo de SHG en sala de ARO del hospital Bertha Calderón Roque

Conocimiento que posee el personal de enfermería sobre los fármacos utilizados en el SHG	Responde correctamente		No responde correctamente	
	Fr	%	Fr	%
Medicamentos utilizados en SHG	10	100		
Dosificación de medicamentos	10	100		
Principales efectos adversos de los medicamentos	5	50	5	50

Fuente: cuestionario

Tabla 7

Grado de conocimiento que posee el personal de enfermería sobre protocolo de SHG en sala de ARO del hospital Bertha Calderón Roque

Conocimiento que posee el personal de enfermería sobre los factores de riesgo del SHG y los criterios de finalización del embarazo.	Responde correctamente		No responde correctamente	
	Fr	%	Fr	%
Factores de riesgo materno-fetal	8	80	2	20
Criterios materno- fetal para finalizar el embarazo en caso de presentar complicaciones en SHG	7	70	3	30

Fuente: cuestionario

Tabla 8

Cumplimiento del manejo del protocolo de SHG en sala de ARO del hospital Bertha Calderón Roque

Cumplimiento del manejo del protocolo de SHG en sala de ARO del hospital Bertha Calderón Roque	Responde correctamente		No responde correctamente	
	Fr	%	Fr	%
Hipertensión arterial crónica.	8	80	2	20
Hipertensión arterial crónica con pre eclampsia sobre agregada.	10	100		
Hipertensión gestacional.	8	80	2	20
Pre eclampsia moderada	8	80	2	20
Pre eclampsia Grave	9	90	1	10
Eclampsia	10	100		

Fuente: cuestionario y guía de observación

Tabla 9

Limitantes para que el personal de enfermería no cumpla con el protocolo de SHG en sala de ARO del hospital Bertha Calderón Roque

Limitantes que pueden influir en la correcta aplicación del protocolo de SHG	F	%
Escases del personal de enfermería	9	39.4
Falta de material y medicamentos esenciales para tratar la patología.	2	8.6
Colapso de pacientes debido al exceso de demanda del hospital	3	13
Hay desconocimientos de la cultura de los pacientes (idioma)	3	13
¿Hay coordinación en equipo?	3	13
¿Hay actualizaciones del expediente clínico oportunamente?	3	13
Total	23	100

Fuente: cuestionario y guía de observación.

Tabla 10

Complicaciones según clasificación del protocolo de SHG que se presentan en sala de ARO del hospital Bertha Calderón Roque

COMPLICACIONES	SI	
	F	%
RCUI	8	35
DPPNI	6	25
Síndrome de HELLP	4	16
Insuficiencia cardiaca		
Insuficiencia renal	4	16
Accidente cerebro vascular		
Edema del pulmón agudo	1	4
Coagulopatía	1	4
Desprendimiento de retina		
Total	23	100

Fuente: cuestionario y guía de observación

XIII. Presupuesto

Presupuesto	
Rubro	Descripción para rubro
Alimentación	\$ 150
Pasajes	\$ 60
Papelería	\$ 20
Impresiones	\$ 180
Internet	\$ 20
Telefonía	\$20
Visitas hospitalarias	\$1 5
Cyber	\$ 10
Empastado del documento y grabación de CD	\$ 40
Total	\$ 515

Bosquejo

1. Introducción
2. Antecedentes
3. Justificación
4. Planteamiento del problema
5. Objetivos
6. Diseño metodológico
 - 6.1 Tipo de estudio
 - 6.2 Área de estudio
 - 6.3 Criterios de inclusión y exclusión
 - 6.4 Universo, muestra y muestreo
 - 6.5 Operacionalización de variable
 - 6.6 Métodos, técnica e instrumentos
 - 6.7 Aspectos éticos de la investigación
 - 6.8 Plan de tabulación y presentación de los resultados de la información
- 7 Marco teórico
 - 7.1 Características sociodemográficas
 - 7.2 Grado de conocimiento sobre el SHG
 - 7.3 Definición
 - 7.4 Clasificación
 - 7.5 Manifestaciones clínicas
 - 7.6 Factores de riesgo
 - 7.7 Exámenes de laboratorios
 - 7.8 Criterios maternos fetales para la finalización del embarazo
 - 7.9 Cumplimiento del protocolo de SHG
 - 7.10 Limitantes para que el personal de enfermería no cumpla con el protocolo de emergencias obstétricas
 - 7.11 Complicaciones maternas fetales
- 8 Conclusiones
- 9 Recomendaciones
- 10 Bibliografía
- 11 Anexos