



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE: MAESTRA EN SALUD
PÚBLICA.**

**CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA
EN EL MANEJO DEL SÍNDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL,
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA, HOSPITAL MONTE
ESPAÑA MANAGUA II SEMESTRE 2010.**

AUTORA:

❖ **MARINA HERNÁNDEZ FLORES. Lic.**

TUTORA:

❖ **ALICE PINEDA. Msc. Epidemiología**
❖ **Msc. Desarrollo Rural Ecosostenible**
DOCENTE- INVESTIGADORA CIES UNAN.

Managua Febrero del 2011

ÍNDICE

PÁGINA

Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	ii
Resumen.....	iii
I) INTRODUCCIÓN.....	1
II) ANTECEDENTES.....	2
III) JUSTIFICACIÓN.....	4
IV) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
V) OBJETIVOS.....	6
VI) MARCO DE REFERENCIA.....	7
VII) DISEÑO METODOLOGICO.....	26
VIII) RESULTADOS	29
IX) ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	32
X) CONCLUSIONES.....	34
XI) RECOMENDACIONES.....	35
XII) REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	36
ANEXOS.	

DEDICATORIA

A Dios:

Por haberme dado la vida, la fe y su espíritu.

A mis padres y hermanos:

Por el amor que nos une, comprensión y apoyo que me han brindado.

A mis profesores:

Que por su entrega incondicional, esfuerzo e interés constante por mi formación profesional, han podido transmitir conocimientos que desde ahora estoy poniendo en práctica.

AGRADECIMIENTOS

Mi gratitud a todas aquellas personas que de una u otra forma hicieron posible la realización de este trabajo y en su momento me supieron aconsejar para mi formación profesional.

A mi esposo, por su apoyo incondicional en estos dos años de estudios, por sus consejos y apoyo técnico en la elaboración de esta tesis.

Con mucho cariño a Msc. Alma Lila Pastora, quien me animó ante las dificultades e instó para la culminación de este trabajo.

A mi tutora Msc. Alice Pineda, por sus constructivos y valiosos comentarios durante el proceso de investigación y culminación de la monografía.

A los Docentes del CIES por ser fuente de inspiración y superación personal.

A mis compañeros de grupo por permitirme aprender de ellos y compartir juntos estos dos años de estudio.

RESUMEN

Realizaron esta investigación sobre conocimientos, prácticas del personal de enfermería en el manejo del Síndrome Hipertensivo Gestacional en el servicio Gineco Obstetricia del Hospital Monte España Managua II semestre 2010

El propósito de la investigación es valorar los conocimientos, prácticas del personal de enfermería en el manejo del Síndrome Hipertensivo Gestacional en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Monte España. El estudio permitió detectar debilidades y hacer recomendaciones para fortalecer la atención que brinda el personal de enfermería, precisando la detección temprana de posibles complicaciones maternas y perinatales.

Se caracterizó al personal de enfermería, al aplicarse encuestas para valorar los Conocimientos y prácticas, se revisaron expedientes clínicos para comprobar si las intervenciones fueron documentadas, esto nos permitió detectar debilidades en su manejo

El personal de enfermería del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Monte España tiene un déficit de conocimientos significativo en el manejo del síndrome Hipertensivo Gestacional aun siendo en su mayoría enfermeras profesionales, lo cual representa un riesgo potencial en la atención de éstas pacientes.

Durante la revisión del expediente clínico logramos constatar que no se documentan rigurosamente las prácticas de enfermería, son acciones de enfermería que se ejecutan y no se deja evidencia de que la usuaria recibió éstos cuidados.

El personal de enfermería del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Monte España tiene conocimientos con un promedio de 45.67 puntos en el manejo del

Síndrome Hipertensivo Gestacional, lo que propicia que la atención brindada no sea de calidad.

En cuanto a las prácticas del personal de enfermería basadas en el protocolo solo el 20% del personal lo conoce, en la revisión de expedientes las prácticas documentadas son del 55%, el promedio del grupo en estudio es de 60% puntos.

Recomendamos se brinde una capacitación dirigida a las complicaciones y examen físico, en especial sobre los reflejos osteotendinosos por ser una acción propia de la enfermera, que debe efectuar en su valoración, siendo de vital importancia para la evaluación neurológica, de las usuarias y documentar en el expediente clínico las intervenciones de enfermería ejecutadas, dejando evidencia y soporte de todas las acciones ante situaciones judiciales que se puedan presentarse en el futuro

I. INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es la complicación más común del embarazo y es una causa importante de morbi-mortalidad materna y perinatal en el mundo, el término síndrome Hipertensivo Gestacional, describe un amplio espectro de condiciones en las que la presión arterial varía ampliamente, su etiología aún es desconocida (1).

Su prevalencia varía entre el 7 y el 10% de la población gestante. Afectando Preferiblemente a mujeres en edades extremas: menores de 15 y mayores de 35 años, las de raza negra y sin antecedentes cardiovasculares o renales, tiene la característica reversible en el posparto (2).

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

La enfermera debe establecer una relación de confianza con la usuaria, de ésta forma determinar en conjunto con la paciente el inicio de la sintomatología o señales que muestren riesgo para la vida de la madre – hijo y familia. La retroalimentación permitirá, brindar un seguimiento continuo de los cuidados de las pacientes, conformándose como una herramienta adecuada en la actualización de sus conocimientos y la base de su práctica; contribuyendo en la prevención y detección temprana de las complicaciones.

Con el presente estudio se pretende valorar el grado de conocimientos, prácticas del personal de Enfermería en el manejo del Síndrome Hipertensivo Gestacional en el servicio Gineco-obstetricia del Hospital Monte España durante el II semestre 2010 debido a la incidencia de esta patología y Complicaciones de la misma; esto nos motivó a conocer la atención que brinda dicho personal ante éste tipo de pacientes.

II. ANTECEDENTES

El Síndrome Hipertensivo Gestacional ha sido estudiado en múltiples ocasiones tanto a nivel mundial como a nivel nacional. En países desarrollados se ha encontrado con una prevalencia del 7 – 10 % en las pacientes embarazadas de las cuales, el 20 – 25 % corresponde a preeclampsia y el 70 % a hipertensión gestacional con una tasa de mortalidad materna que oscila del 0 – 17 % y mortalidad fetal de un 10 – 37 %.(4)

Dr. Camilo Pravia (febrero 2000) presentó un estudio de “Descripción epidemiológica de la eclampsia en el Hospital Bertha Calderón” Managua en el cual concluyó que las principales complicaciones eran el Desprendimiento prematuro de la placenta normo - inserta, seguido por el síndrome de H.E.L.L.P., coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal aguda y edema cerebral, recomendó establecer un protocolo de manejo de esta patología en esta institución (6).

Dr. Juan Carlos Avilés (enero 2001) estudió las complicaciones de la eclampsia en pacientes ingresadas en unidad de cuidados intensivos del Hospital Fernando Vélez Páiz y encontró que la más frecuente era el edema cerebral y la complicación fetal más frecuente fue la prematuridad seguido por el óbito fetal. El 87 % de los casos ingresados eran eclampsias complicadas (7).

The Lancet (junio 2002) publicó el estudio de Magpie, un ensayo clínico multicéntrico que abarcó 175 hospitales de nivel secundario y terciario de 33 países, elaborado por un grupo colaborativo de los cuatro continentes, un estudio randomizado de casos y controles sobre sulfato de magnesio el cual concluyó que el sulfato de magnesio reduce en un 58 % el riesgo de eclampsia en las embarazadas con preeclampsia, siendo las más beneficiadas las pacientes con eclampsia inminente con un RR de 0.26. (5).

Dr. Cesar Moraga y colaboradores (2002) en el Hospital Fernando Vélez Páiz Managua se elaboró un protocolo de manejo del síndrome hipertensivo gestacional con el fin de unificar criterios de diagnóstico y tratamiento y mejorar la calidad de la atención prestada a nuestras pacientes con esta patología, sin embargo no se han realizado estudios que establezcan el cumplimiento de este protocolo, además de no existir estudios sobre el abordaje del síndrome hipertensivo gestacional en nuestro hospital. (9)

Lic. Carla Martínez(diciembre 2003) evaluó el uso de antihipertensivos en pacientes con preeclampsia en el hospital Bertha Calderón y concluyó que los fármacos utilizados resolvían las patologías de estas pacientes (8).

Lic. María Luisa Castilla y colaboradoras (2004) realizaron un estudio sobre el manejo de enfermería en el síndrome hipertensivo gestacional en el Hospital Asunción de Juigalpa en el que se concluyó que un 20% del personal de enfermería presentan un déficit del conocimiento sobre esta patología, esto significa que dicha atención brindada no es de calidad ocasionando riesgo en la vida de la madre y niño.

Cabe señalar que en Nicaragua se ha realizado únicamente una investigación del manejo del síndrome hipertensivo gestacional en enfermería. (18)

III. JUSTIFICACIÓN

El fenómeno mortalidad materna y perinatal, para cualquier institución de salud, es preocupante, independientemente de la magnitud de su índice, el simple hecho de que exista, cuestiona la atención que brinda la organización. Así como la calidad de la misma, es importante señalar que el incremento del número de pacientes con esta patología, eleva los costos de atención, lo que no es conveniente para un país con limitados recursos económicos como el nuestro.

El síndrome hipertensivo gestacional es una enfermedad prevalente con tendencia al aumento, el Ministerio de Salud ha implementado estrategias como: capacitaciones al personal de salud, abastecimiento de materiales y equipo para disminuir y prevenir esta patología continua siendo una amenaza para las embarazadas.

La institución en estudio ha realizado cambios en la modalidad de atención creando protocolos que permiten estandarizar las acciones del personal médico y paramédico ante usuarias con esta patología, elevando la calidad de atención y el bienestar de la madre – hijo y familia.

El propósito de esta investigación es valorar los conocimientos y prácticas del personal de enfermería en el manejo del Síndrome Hipertensivo Gestacional en el servicio de Gineco-obstetricia del hospital Monte España. El estudio permitió detectar debilidades y hacer recomendaciones para fortalecer la atención que brinda el personal de enfermería, precisando la detección temprana de posibles complicaciones maternas y perinatales.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la caracterización del personal de enfermería del servicio de Gineco-obstetricia Hospital Monte España II semestre 2010?

¿Qué nivel de conocimientos tiene el personal de enfermería en la atención del Síndrome Hipertensivo Gestacional?

¿Cuáles son las prácticas que realiza el personal de enfermería de Gineco-obstetricia en la atención del Síndrome Hipertensivo Gestacional?

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Valorar los conocimientos, prácticas del personal de enfermería en el manejo del Síndrome Hipertensivo Gestacional en el servicio de Gineco-obstetricia, Hospital Monte España Managua II semestre 2010.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar al personal de enfermería del servicio de Gineco-obstetricia.
2. Determinar los conocimientos del personal de enfermería en la atención del Síndrome Hipertensivo Gestacional.
3. Describir las prácticas de enfermería que realiza el personal de Gineco-obstetricia en la atención del Síndrome Hipertensivo Gestacional

VI. MARCO DE REFERENCIA.

La hipertensión en el embarazo continúa siendo relativamente frecuente y junto con las hemorragias y las infecciones contribuye todavía a mantener las cifras de mortalidad materna. La hipertensión es también una causa importante de mortalidad y morbilidad perinatal.

El embarazo puede inducir una hipertensión en mujeres previamente normotensas, puede agravarla en mujeres hipertensas. A nivel mundial el síndrome hipertensivo gestacional es una de las principales causas de mortalidad materna, aunque ha venido disminuyendo a menos de 5 por 100,000 nacidos vivos, esta enfermedad aún en sus formas más graves debe prevenirse.

En Estados Unidos, al igual que a nivel mundial, es una de las principales causas de mortalidad materna, ocasionando casi un 17% de mortalidad por año, como causa de muerte fetal representa entre el 10 y el 20%, cada año, los recién nacidos que sobreviven suelen sufrir algún grado de incapacidad que afecta la calidad de sus vidas.

En 1972, el American College of Obstetricians and Gynecologists introdujo un sistema de clasificación para afecciones hipertensivas del embarazo que excluyó el diagnóstico de toxemia. El término que se emplea en la actualidad es hipertensión inducida por el embarazo y se usa para describir el síndrome de hipertensión, edema y proteinuria evidente en el embarazo. Dos de las categorías de la hipertensión inducida por el embarazo son preeclampsia y eclampsia y representan un mismo proceso, pero el término eclampsia se emplea cuando el curso clínico de la paciente avanza hasta convulsiones generalizadas o coma (2)

Definición.

El protocolo contiene un marco conceptual, el cual pretende sensibilizar respecto a las intervenciones oportunas, en forma preventiva, curativa y de recuperación, por los equipos multidisciplinarios de salud.

Según protocolo de manejo de síndrome hipertensivo gestacional (SHG), del Ministerio de Salud (MINSA), lo define como un estado clínico caracterizado por hipertensión arterial más proteinuria, después de las 20 semanas de gestación.

Preeclampsia leve: presencia de presión arterial mayor o igual que 140/90 mmHg, proteinuria cualitativa desde trazas a 1 + (Test de ácido sulfosalicílico).

Preeclampsia severa: La presencia de preeclampsia y una o más de las siguientes características: cefalea, escotomas, reflejos aumentados, presión arterial mayor o igual a 160/110 mmHg, proteinuria cualitativa de 2 a 3 + (test de ácido sulfosalicílico), compromiso de órganos que se manifiestan por oliguria, elevación, de creatinina sérica, edema pulmonar, disfunción hepática, trastorno de la coagulación, ascitis.

Eclampsia: crisis de convulsiones generalizadas que sobreviene bruscamente a un estado de preeclampsia.

Síndrome help: Complicación de la preeclampsia caracterizada por: anemia hemolítica, roangiopática, definida por alteraciones en el frotis sanguíneo (esquistocitos) o hiperbilirrubinemia mayor de 1.2 gr/dl a predominio indirecto, aumento TGO mayor de 70 UI, o LDH mayor de 600 UI, plaquetopenia: plaquetas menores de 100,000 por ml.

Etiología: La etiología de la hipertensión inducida por el embarazo es desconocida

Fisiopatología: múltiples teorías, actualmente es desconocida. El sustrato es la vasoconstricción generalizada.

Aspectos epidemiológicos

Es la segunda causa de muerte materna en el Perú. Origina hasta el 10% de muertes perinatales y el 15% de cesáreas.

Factores asociados

Antecedentes de hipertensión en madres o abuelas, antecedente de hipertensión en embarazo anterior, edad menor de 20 y mayor de 35, raza negra, primera gestación, periodo intergenésico largo, embarazo múltiple actual, obesidad, hipertensión crónica, diabetes mellitus, pobreza extrema en caso de eclampsia.

Cuadro clínico

Hipertensión inducida por la gestación, aparición de hipertensión después de las 20 semanas de gestación más proteinuria.

Preeclampsia leve: Presión arterial mayor o igual que 140/90 mmHg o incremento de la presión sistólica en 30 mmHg o más, e incremento de la presión diastólica en 15 mmHg o más sobre la basal, proteinuria de 0.3 a 5 g/litro en orina de 24 horas, o proteinuria, cualitativa de trazas a 1 (+) (test de ácido sulfosalicílico).

Preeclampsia severa: presión arterial mayor o igual a 160/110 mmHg o incremento de la presión sistólica en 60 mmHg o más, y/o incremento de la presión diastólica en 30 mmHg o más (en relación a la basal), proteinuria igual o mayor de 5 gr/lit. en orina de 24 horas, o proteinuria cualitativa de 2 a 3 + (Test de ácido sulfosalicílico), presencia de escotomas centellantes, acúfenos, hiperreflexia, dolor en hipocondrio derecho, epigastralgia, oliguria: Menor de 500 ml/24 h (creatinina mayor de 0,8 mg/dl), edema pulmonar, disfunción hepática, trastorno de la coagulación, elevación de creatinina sérica, oligohidramnios, retardo de

crecimiento intrauterino, ascitis, eclampsia: complicación aguda de la preeclampsia en la que se presentan convulsiones generalizadas.

Hipertensión transitoria de la gestación: Se diagnostica en forma retrospectiva y sus criterios son: hipertensión leve, (no mayor de 140/90 mmHg), sin proteinuria, que aparece en el tercer trimestre de la gestación y desaparece después de la gestación (hasta 10 días postparto), Hipertensión crónica o Hipertensión (140/90 mmHg o más) que precede al embarazo, o hipertensión (140/90 mmHg o más) detectada antes de las 20 semanas de gestación o hipertensión persistente mucho después del embarazo, hasta 12 semanas postparto.

Hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida: Su diagnóstico exige la documentación de la hipertensión subyacente crónica, a la que se agrega proteinuria después de las 20 semanas de gestación.

Diagnóstico

Criterios diagnósticos: presencia de hipertensión y proteinuria después de las 20 semanas de gestación.

Diagnóstico diferencial: hígado graso agudo del embarazo, púrpura trombocitopénica, síndrome antifosfolípido, síndrome urémico hemolítico.

Exámenes auxiliares

De patología clínica: solicitar desde la evaluación inicial: hemograma, (hemoglobina o hematocrito), grupo sanguíneo y factor Rh, proteinuria cualitativa con ácido sulfosalicílico, Examen de orina completo, Perfil de coagulación: Tiempo de Protrombina, TTP activada, fibrinógeno y plaquetas, función hepática: TGO, TGP, LDH, bilirrubinas totales y fraccionadas, glucosa, urea y creatinina, proteínas totales y fraccionadas, proteínas en orina de 24 horas,

De imágenes: Pruebas de bienestar fetal: ecografía obstétrica, perfil biofísico. flujometría doppler.

Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive en caso de preeclampsia severa o eclampsia:

- colocar vía endovenosa segura y diluir 10 gr de sulfato de magnesio(5 ampollas al 20%) en 1 litro de solución salina normal 0.9%, pasar 400 cc a chorro y mantener a 30 gotas/min hasta llegar a FONE.
- Colocar sonda foley y monitorizar diuresis horaria.
- Administrar labetalol 200 mg vía oral c/ 8 horas de primera elección, sino usar alfametildopa 1gr vía oral c/12 horas.
- Si la presión sistólica y/o diastólica se eleva en 30 mmHg en relación con presión arterial inicial o presión arterial es mayor de 160/110 mmHg, administrar nifedipino 10 mg vía oral como primera dosis y luego 10 mg cada 4 horas hasta mantener lapresión diastólica en 90 a 100 mmHg.

Preeclampsia leve

- Control materno: determinación de presión arterial, peso, proteinuria y diuresis.
- Exámenes de laboratorio: perfil renal: urea y creatinina, perfil de coagulación: fibrinógeno, plaquetas, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina activada; si no cuenta realizar tiempo de coagulación y tiempo de sangría, perfil hepático: TGO, TGP, bilirrubinas totales y fraccionadas, y LDH.

.Control fetal

- Autocontrol materno de movimientos fetales diario
- Test no estresante cada 48 horas

- Ecografía con perfil biofísico semanal, considerar hospitalización: si no se puede controlar adecuadamente en su domicilio, si vive lejos, considerar la casa de espera.
- Control en hospitalización: control de funciones vitales y obstétricas cada 4 horas en hoja aparte, peso y proteinuria cualitativa en forma diaria, autocontrol de movimientos fetales.

Sí se diagnostica preeclampsia severa:

- Iniciar tratamiento, comunicar y referir a establecimientos con FONE
- Colocar dos vías endovenosas seguras: una con ClNa 0.9 a 40 gotas por minuto, otra vía con 10 gr de sulfato de magnesio (5 ampollas al 20%) diluidos en 1 litro de ClNa 9‰, pasar 400 cc a chorro y luego mantener a 30 gotas/minutos.
- El uso del sulfato de magnesio obliga a monitorizar estrictamente la frecuencia respiratoria, los reflejos osteotendinosos y la diuresis materna.
- En caso de sobredosis por sulfato de magnesio (oliguria, hiporreflexia, paro respiratorio) administrar gluconato de calcio al 10% IV diluido en 20cc.
- Administrar labetalol 200 mg vía oral c/8 hrs de primera elección, sino 1gr de alfametildopa c/12 hrs vía oral.
- Si la presión sistólica y/o diastólica se eleva en 30 mmHg en relación con la presión arterial inicial, o la presión arterial es mayor de 160/110 mmHg, administrar nifedipino 10 mg vía oral, se puede repetir a los 30 minutos.
- Colocar sonda foley N° 14, con bolsa colectora y controlar volumen de diuresis.
- Administrar oxígeno con cánula binasal a 3 litros/min.
- Control de funciones vitales maternas.
- Control de funciones obstétricas: latidos fetales, dinámica uterina.
- Considerar culminar la gestación cuando la edad gestacional es mayor de 37 semanas. De 34 a 37 semanas se culminará la gestación según estado materno.

- Si hay evidencia de daño de un órgano blanco, se debe proceder a la atención del parto por cesárea.
- Realizar consentimiento informado a la paciente y/o familiares de la intervención y sus posibles complicaciones

Eclampsia

- Realizar lo indicado para preeclampsia severa, además asegurar permeabilidad de la vía aérea (tubo de mayo), vía endovenosa segura.
- Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
- Realizar consentimiento informado a los familiares de las intervenciones a realizar y sus posibles complicaciones.
- Paciente en decúbito lateral izquierdo.
- Control de la ventilación – oxigenación (equilibrio ácido-básico, pulsometría continua), oxígeno en concentración suficiente para controlar la hipoxemia.
- Monitorización hemodinámica estricta: diuresis horaria estricta.
- Control de presión venosa central.
- Valoración de las posibles alteraciones funcionales: función hepática: TGO, TGP, función renal: creatinina, ácido úrico, sedimento de orina, perfil de coagulación: recuento de plaquetas, tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina, fibrinógeno.
- Descartar siempre la presencia de síndrome de HELLP.
- Medidas medicamentosas: tratamiento de las convulsiones: sulfato de magnesio 10 mg diluido en 1,000 cc de ClNa 9% vía endovenoso a 400 cc a chorro y luego a 30 gotas/min.
- Tratamiento antihipertensivo: administrar labetalol 50 mg endovenoso en 10 min seguido de 1-2 mg por Kg de peso por hora, vía endovenosa de primera elección, sino 1gr de alfametildopa c/12 horas vía oral.
- Si la presión sistólica y/o diastólica se eleva en 30 mmHg, en relación a presión arterial inicial o presión arterial mayor de 160/110 mmHg, administrar nifedipino 10 mg vía oral.

- Repetir a los 30 min si la presión no baja, repetir hasta un máximo de 50 mg en 24 horas.
- Controlada las convulsiones, valorar las condiciones maternas y fetales para culminar la gestación.
- Estabilización de la paciente: Fluido terapia, Corrección de oliguria.
- La vía de culminación electiva del embarazo es la vaginal, si las condiciones lo permiten.

Signos de alarma

Cefalea, Mareos, Tinnitus, escotomas, acúfenos, epigastralgia.

Criterios del alta

- Presión arterial estabilizada con diastólica menor de 100 mmHg.
- Ausencia de signos de alarma.
- Exámenes de laboratorio dentro de lo normal.
- Posibilidad de seguimiento continuo, casa de espera.

Pronóstico

Depende del grado de hipertensión, existencia de daño de órgano blanco y condiciones de hipoxia fetal.

COMPLICACIONES

- Eclampsia.
- Síndrome HELLP.
- Rotura o hematoma hepático.
- Insuficiencia cardíaca congestiva y edema pulmonar agudo.
- Insuficiencia renal.
- DPP.
- Coagulación intravascular diseminada.
- Desprendimiento de retina.
- Accidente cerebrovascular.

Criterios de referencia y contrarreferencia

- Toda gestante con criterios de hipertensión arterial debe ser referida a un establecimiento con FONB -FONE.
- Comunicar oportunamente toda referencia al establecimiento con FONB y FONE.
- Toda referencia debe contar con su respectiva contrarreferencia condiciones de referencia: dos vías endovenosas seguras: ClNa 9%, a 40 gotas por minuto, ClNa 9%, con 5 ampollas de sulfato de magnesio al 20%, pasar 400 cc en 15 min a chorro, y 100 cc en una hora, 30 gotas/minuto.
- Administrar hipotensores en preeclampsia severa o eclampsia: 1gr de alfametildopa vía oral cada 12 horas, sino disminuye nifedipino 10mg vía oral.
- Colocar sonda foley N° 14, con bolsa colectora y controlar volumen de diuresis.
- Administrar oxígeno con cánula binasal a 3 litros/minuto.
- Control de funciones vitales maternas.
- Control de funciones obstétricas: latidos fetales, dinámica uterina.

Valoración y planificación del cuidado de enfermería.

Los datos de enfermería son de gran importancia por la relación directa y constante que mantiene con el paciente. La enfermera es indudablemente una de las trabajadoras de la salud que con más cuidado y precaución deben dejar constancia de sus actuaciones.

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

La detección y el manejo temprano en mujeres con factores de riesgo, son decisivos para la atención de la hipertensión inducida por el embarazo y la prevención de convulsiones, haciéndosele seguimientos regulares, lo que precisa orientar cuándo regresar para consultar a su proveedor de servicios de salud.

La educación de los miembros inmediatos de la familia es importante, para que comprendan los signos de avance en la hipertensión inducida por el embarazo, además para aumentar el apoyo social cuando sea necesaria la hospitalización y los cambios en las actividades laborales.

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

Durante el primer examen prenatal, es muy importante valorar a la mujer para conocer si tiene factores de riesgo que la predispongan a enfermedades hipertensivas del embarazo. Se registra su peso antes del embarazo y se compara con el peso actual. Se vigila el patrón de aumento de peso y se registra. Se considera que el aumento de 450g por semanas es normal. El aumento repentino de más de 900 g por semanas deben observarse con sospecha y el aumento de más de 1360 g por semanas, como alarma. En caso que se produzcan aumento de peso de esta magnitud será necesario medir con mayor frecuencia la presión arterial y si es anormal, se indica un control médico más estricto.

El edema de los dedos es un preludeo frecuente de la preeclampsia, que puede preceder a la hipertensión varias semanas, constituye una señal de aviso

muy valiosa para la valoración; al investigar la sospecha de edema es importante preguntar a la paciente si sus anillos le aprietan; también es fundamental observar el edema de manos, brazos (superficie del cubito y muñeca) y cara. El edema facial por lo general no se hace aparente en etapas tempranas. Se caracteriza por inflamación de párpados y rasgos toscos.

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

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

El control continuo hemodinámico con catéter en la arteria pulmonar (que también se conoce como Swan-Ganz) proporciona datos valiosos para vigilar de manera continua la presión venosa central y la presión de la arteria pulmonar en casos graves de preeclampsia y otras afecciones hipertensivas.

Las evidencias recientes sugieren que el control continuo hemodinámico con catéter de presión venosa central es insuficiente ya que puede haber gran diferencia en el funcionamiento del ventrículo derecho e izquierdo en caso de preeclampsia grave, sin embargo no es utilizado en nuestro medio.

Uno de los elementos más significativos del examen físico que efectúa la enfermera es la valoración de reflejos porque las observaciones anormales indican patología

del sistema nervioso central. Los signos de irritabilidad excesivas del sistema nervioso en general preceden al inicio de convulsiones en mujeres preeclámpticas.

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

Es importante que la enfermera recuerde observar la simetría en uno y otro lado del cuerpo, el clono se valora mediante dorsiflexión rápida del pie con ligera flexión de la rodilla. Se puede observar oscilaciones involuntarias entre la flexión y la extensión cuando se aplica presión continua a la planta de los pies en pacientes hiperreflexicas. Si se encuentra dificultad para reproducir reflejos de elongación muscular la enfermera puede aplicar ciertas técnicas de refuerzo indicando a la paciente que contraiga otros músculos distintos a los que se califican.

Es vital que la enfermera vigile a la paciente con preeclampsia moderada a grave para detectar cambios en el nivel de conciencia y signos de convulsión inminente; la valoración crítica incluye determinar el estado de alerta de la paciente ante los estímulos externos y su estado interno de ánimo, estado de alerta y expresión emocional. Se efectuará observaciones con respecto a perturbación de la orientación y margen de atención **(10)**.

Diagnóstico de enfermería.

Para esta patología es muy complejo ya que se relaciona con alteraciones de irrigación de los tejidos: cerebro, corazón, útero placentario; es probable que la paciente experimente desconocimientos de los riesgos de la hipertensión inducida por el embarazo y tenga alto riesgo de lesiones secundaria a convulsiones **(11)**.

CONOCIMIENTOS DE ENFERMERÍA

El conocimiento brinda diversos conceptos y teorías que estimulan el pensamiento humano creativo, guían la enseñanza y la investigación, lo que permite generar nuevos conocimientos. Este debe ser eje de interés en la formación de las enfermeras, unido al desarrollo de habilidades y destrezas con lo que se forma la capacidad de los profesionales en esta área, lo que sin duda les guiará a ser excelentes.

Estos conocimientos fundamentan su saber y les permiten enfrentar los diversos problemas clínicos, además de facilitar la implementación de los procesos de enfermería. Con los conocimientos también se mide el impacto de las acciones en la atención tomando nuevas direcciones y decisiones. La disciplina de ampliar los conocimientos da fortalezas que afianzan el poder continuar perfeccionando la práctica diaria y optimizando los cuidados con resultados satisfactorios. Como una perspectiva en la profesión, las enfermeras tienen una base científica amplia en el cuidado del paciente en diversas patologías, ofreciendo así sus servicios con calidad y humanismo.

Durante el embarazo, la enfermera da instrucciones a todas las mujeres acerca de la importancia de su dieta con un alto contenido proteico. Se recomienda restricción de calorías y líquidos en este momento. Se cree que el desarrollo de preeclampsia se relaciona en ocasiones con estado nutricional deficiente; por tanto, la orientación dietética es un componente muy significativo en la educación de la paciente, no se recomienda la restricción de sodio. Previo a la hipertensión, no se recomienda la restricción de calorías, líquidos y sodio, ya que no previene esta patología y hasta puede ser perjudicial para el feto (2).

A toda embarazada debe brindársele orientación verbal y escrita acerca de los signos que indican posibilidad de preeclampsia. La enfermera deberá evitar las situaciones estresantes sin ruido y con luz tenue, además restringir las visitas innecesarias, deberá tener una asistencia individual y especializada con recursos

tecnológicos adecuados, contará con materiales y medicamentos de reserva para estos casos de emergencias.

El reposo y la relajación son importantes, como la observación de signos y síntomas tempranos de hipertensión, aplicar la prueba de giro a las 28 y 32 semanas que consiste en colocar a la paciente en reposo y en decúbito lateral izquierdo hasta que se estabiliza su presión arterial (15 a 20 minutos) después se le gira de espaldas y se registra de inmediato su presión arterial y se toma otra lectura a los 5 minutos. Una elevación diastólica de 20 mmHg se considera como respuesta positiva a la prueba (12).

Registrar el peso corporal a diario, y valorar las extremidades para detectar edema, valorar las señales de peligro como: cefalea, hiperreflexia, dolor epigástricos, reducción en la producción de orina y perturbaciones visuales. proporcionar seguridad física: barandales laterales acolchonados, baja lengua, oxígeno y succión junto a la cama y tener equipo de urgencia accesible.

Al administrar sulfato de magnesio la enfermera debe estar pendiente de los efectos secundarios como la pirosis náuseas y dolor en el sitio de la inyección, a la vez contar con el antídoto para el mismo (Gluconato de calcio) (1, 2,3).

Valorar el nivel de conciencia: inquietud, memoria, conciencia sensorial, y funcionamiento motor ya que la paciente recibe depresores cerebrales según prescripción.

Valorar si existen signos de trabajo de parto o desprendimiento de placenta y prepararla para parto vaginal o intervención cesárea si se requiere por compromiso fetal o alguna otra causa.

Evaluación de enfermería

Los resultados que anticipan los cuidados de enfermería son que la mujer con Eclampsia: (12).

- ❖ No sufra lesiones personales durante la convulsión.
- ❖ Comprenda los efectos de su enfermedad sobre los resultados perinatales, el plan de tratamiento y las complicaciones potenciales.
- ❖ Se adhiera al régimen de tratamiento prescrito y así evite que su enfermedad progrese (Hemorragia Cerebral, Coagulación Intravascular Diseminada).
- ❖ Mantenga una buena irrigación de tejidos y aporte de oxígeno a la unidad materno fetal hasta el parto.
- ❖ Llegue con seguridad hasta fines del embarazo y que nazca un niño a término o cerca de término.

El pronóstico para mujeres con preeclampsia depende de los efectos de la hipertensión materna en los sistemas y aparatos (ejemplo: cardiovascular, sistema nervioso central, renal) y la capacidad para prevenir o controlar la enfermedad antes que se desarrolle eclampsia. La combinación de proteinuria e hipertensión incrementa de manera dramática el riesgo de mortalidad y morbilidad perinatales (11).

La preeclampsia es una enfermedad progresiva de modo que el manejo expectante es potencialmente dañino en la preeclampsia severa. Hay que tener el cuidado cuando se espera madurez fetal o se sospecha compromiso fetal. La preeclampsia severa es una emergencia obstétrica, que requiere de un pronto reconocimiento, estabilización de la madre y del feto y de una estrategia multidisciplinaria para el manejo y tratamiento. (10)

Retrasar el nacimiento para ganar madurez fetal se debe dar solamente cuando las condiciones lo permitan e individualizando cada caso. La mayoría de mujeres

preeclámpticas convulsionan durante las 72 horas posteriores al parto, por lo que durante este periodo se debe evaluar cuidadosamente su presión arterial.

Docencia en Hospitales:

El escenario en donde la docencia tiene mayor relevancia es en hospital. Este es y debe ser el centro de la docencia en todas sus expresiones ya todos sus niveles, en el sentido de que la docencia sistemática es factor de estímulo para los trabajadores de la salud en general, al igual que prenda de garantía para los usuarios y especialmente por la imagen proyectada hacia la comunidad (13).

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

Se ha demostrado que en las instituciones en donde cada trabajador de los servicios actúa como rueda suelta, son numerosas las quejas del propio personal y del usuario. El rendimiento y la efectividad son pobres y grandes, la inconformidad de la comunidad que se siente mal atendida o maltratada; ésta además de demostrar su abierto descontento, se encarga de promover una mala imagen del hospital.

El personal encargado de conducir la educación permanente debe tener condiciones metodológicas que le permitan utilizar el idioma adecuado para el nivel del grupo. Dicho personal debe tener capacidad de liderazgo y poder de motivación para fomentar a la vez el liderazgo entre los trabajadores que los escuchan; esto significa que la labor docente no puede improvisarse y menos delegarse a la ligera en cualquier funcionario de la institución.

La educación permanente debe ser evaluada respecto al proceso mismo, a los resultados que originen y especialmente al impacto que produzca; significando una importante responsabilidad para el director, pues la eficiencia, la respuesta a la expectativa de la comunidad y la buena imagen en general, dependen en gran parte de ellos.

Los hospitales de hoy frente a las nuevas modalidades de los sistemas de salud, se mueven necesariamente en la órbita de la competencia y ésta sólo puede ser favorable si todo el personal, con los profesionales a la cabeza están conscientes de la necesidad permanente de actualización de conocimientos que se reflejen en la confianza del usuario y su satisfacción completa para los servicios que le prestan.

Desarrollo histórico de la motivación

Las nuevas técnicas de dirección: la participación es un factor determinante, el personal debe ser animado a que aporte su contribución en la adopción de decisiones, metas y planes, se apoya en la descentralización hasta el punto de la dirección por objetivos, permitiendo al personal definir sus propios objetivos y para determinar cómo planean alcanzarlos.

Los directivos modernos delegan parte de sus deberes y ayudan a que los empleados trabajen de un modo más efectivo. Ayudan a que cada persona desarrolle sus propias capacidades y tratan de mantener una estrecha relación entre los intereses y habilidades de los individuos y los requerimientos del trabajo. (19).

El enriquecimiento y la rotación laboral pueden servir para ayudar al desarrollo pleno de recursos humanos cuando el personal se emplea activamente por alcanzar la autoestima y la autorrealización, y cuando sus metas coherentes con las de la organización, existen muchas probabilidades de que se aprecie un

notable efecto en el cumplimiento de las metas y la productividad de la organización.

Satisfacción laboral.

La insatisfacción laboral contribuye a elevar las tasas de movimientos del personal y a reducir la productividad, además, se necesita un tiempo notable para socializar al nuevo empleado dentro de las normas de la organización, ésta orientación resulta cara debido a los gastos de formación y reduce la productividad, otros asumen una mayor carga de trabajo, hasta que el nuevo individuo pueda ofrecer un rendimiento aceptable, por estar razón la satisfacción laboral supone un asunto de gran preocupación para los administradores.

Herzberg, mantiene que los elementos satisfactorios y los insatisfactorios son mutuamente exclusivos; clasifica el sentido de realización, el reconocimiento por las realizaciones, el trabajo en sí mismo, la responsabilidad, el progreso potencial y la posibilidad de crecimiento dentro de los factores motivadores o elementos satisfactorios, mientras sitúa sus asuntos tales como las condiciones laborales, las

Políticas, la supervisión, las relaciones interpersonales, el salario, el estatus y la seguridad entre los factores de higiene (dinero y las condiciones de trabajo), o de empleados y que únicamente pueden prevenir la insatisfacción. Su trabajo continúa siendo controvertido.

Varios estudios han demostrado que las personas con menores niveles de formación ocupacionales y socioeconómicas, así como los miembros pertenecientes a minorías tienden a concederle mayor importancia a los factores laborales extrínsecos, o de higiene, mientras que las personas que cuentan con un mayor nivel de formación socioeconómica y ocupacional, así como los miembros de la comunidad concede mayor atención a los factores intrínsecos o motivadores.

Las mujeres parecen mostrar más variación que los hombres en sus actitudes laborales y ponen mayor énfasis en las condiciones de trabajo, el horario y la tranquilidad, la supervisión, los aspectos sociales del trabajo, mientras que los hombres conceden mayor importancia al sueldo, la oportunidad de promoción, la dirección y el interés de la tarea, las mujeres con formación universitaria sitúan la importancia de motivadores tales como: realización, el reconocimiento y la responsabilidad significativamente por encima que las trabajadoras con menor nivel de formación. La gente tiende a obtener más satisfacción laboral antes de los 20 años y después de los 35 años que entre esos años.

Los jóvenes tienden a mostrar mayor interés en los ingresos, mientras que los de mayor edad se muestran más interesados en la seguridad. Entre las costosas consecuencias de la insatisfacción laboral pueden citarse la reducción de la productividad, el aumento del ausentismo y los rápidos movimientos del personal, sin embargo, estos factores pueden reducir si el administrador de enfermería fomenta la satisfacción laboral a través de la organización y la dirección.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

El presente estudio se realizó en el Hospital Monte España en el departamento de gineco-obstetricia; tomando en cuenta el manejo de enfermería en las embarazadas con síndrome hipertensivo gestacional. Durante el periodo el segundo semestre 2010.

- a) **Tipo de Estudio:** Es un estudio descriptivo de corte transversal
- b) **Población de estudio:** Está constituido por 30 recursos de Enfermería que laboran en el servicio de gineco-obstetricia Hospital Monte España y los 10 expedientes de pacientes que ingresaron con esta patología en este periodo de tiempo.

c) **Criterios de selección para el personal**

- **Criterios de inclusión:**
- Personal de Enfermería capacitado en urgencias obstétricas.
- Personal de enfermería que aceptó participar en el estudio
- Personal de enfermería con más de dos meses de laborar en el área.

Criterios de Exclusión:

- Personal de Enfermería que se encontraban de reposo y vacaciones.
- Autoras del estudio.

d) **Criterios de selección del expediente**

Expedientes con diagnóstico de síndrome hipertensivo gestacional de pacientes que ingresaron en este periodo de tiempo.

- e) **Unidad de análisis:** Personal de enfermería del servicio de Gineco Obstetricia y los expedientes clínicos de las pacientes que ingresaron con este diagnóstico.

f) **Fuentes de información.**

Primaria: Encuesta realizada al personal de enfermería para la recolección de la información.

Secundaria: se revisaron los expedientes de pacientes hospitalizadas con este diagnóstico para investigar la documentación de las prácticas de enfermería implementadas.

g) **Técnicas de recolección de información.**

- Entrevista dirigida al personal de enfermería
- Revisión documental expediente clínico.

h) **Instrumentos de recolección de la información**

1. Cuestionario conteniendo: preguntas abiertas y cerradas.

Con la finalidad de evaluar el grado de conocimiento que tiene el personal de enfermería del servicio Gineco Obstetricia sobre el manejo de las pacientes con Síndrome Hipertensivo Gestacional, aplicada a los 30 recursos de enfermería que forman parte del estudio.

2. Un formulario para la recolección de información contenida en el expediente Clínico, basado en las intervenciones de Enfermería, se seleccionaron los 10 expedientes de pacientes que ingresaron al servicio con esta patología.

La validación de los instrumentos se realizó a través de una prueba piloto, la cual se aplicó a 5 recursos, se revisaron 2 expedientes clínicos de pacientes con esta patología para valorar su utilidad, realizar los ajustes y/o correcciones necesarias a los instrumentos.

I) Variables del estudio:

Edad.

Sexo

Procedencia

Nivel académico.

Preferencia del área de trabajo.

Tiempo de laborar en la institución.

Tiempo de laborar en el área.

Capacitaciones recibidas

Conocimientos sobre la enfermedad

Conocimientos sobre Factores de riesgo.

Conocimientos sobre Manifestaciones Clínicas.

Conocimientos sobre el Tratamiento.

Conocimientos sobre las Complicaciones.

Prácticas sobre el manejo de protocolo.

Práctica sobre la identificación de factores de riesgo.

Prácticas sobre la aplicación del tratamiento.

J) Tabulación de la información

Los resultados obtenidos se tabularon en el programa de Epi-Info V3 Windows se generaron tablas de frecuencias, tablas y gráficos de acuerdo a los objetivos definidos, además del procesamiento y análisis de dichos resultados.

I) Consideraciones éticas: se le solicitó consentimiento a la dirección del Hospital Monte España para la realización de este estudio indicándoles que los resultados se mantendrán en el anonimato.

J). **control de sesgos:** se tomó el universo completo por ser un universo homogéneo, se validó la información, la información fue levantada por el investigador.

VIII. RESULTADOS

Se encuestan un total de 30 recursos de enfermería.

El personal de enfermería encuestado es femenino en un 70%(21)y masculino en un 30% (9). Ver anexo tabla nº 1)

La edad promedio del grupo en estudio es de 28 años, con mayor repetición de edades en 25 años con una desviación de 6.3 años de edad entre el personal estudiado, con una edad mínima de 21 años y máximo 45 años.

(Ver anexo tabla nº 2)

De acuerdo al lugar de procedencia el 86.7%(26) proviene del área urbana y el 13.4 (4) entre el área rural y semi- urbana. (Ver anexo tabla nº 3)

Referente al tiempo de laborar en la institución el 70 % (21) del personal de enfermería tiene más de un año de laborar y el 30% (9) menos de un año. (Ver anexo tabla nº 4)

En el nivel académico el 33.3% (10) son enfermeras profesionales, 30% (9) son auxiliar de Enfermería, el 13.3% (4) son Licenciadas en Materno Infantil, el 13.3 (4) licenciadas en salud pública y el 10% (3) licenciadas en enfermería paciente crítico. (Ver anexo tabla nº 5)

Las áreas donde se sienten mejor estimuladas al momento de atender un paciente: Labor y parto 6.7%(2), Maternidad 6.7%,(2) Alojamiento conjunto 16.7%,(5) Prelabor 20%(6) Alto Riesgo Obstétrico 13.3%,(4) otras 36.7.)(11). (Ver anexo tabla nº 6)

En el personal de enfermería encuestado tiene de laborar en el departamento de ginecoobstetricia más de un año el 50% (15) de 2 a 6 meses el 30% (9) y de 7a 12 meses un 20%. (5) (Ver anexo tabla nº 7)

Referente al número de capacitaciones recibidas por el personal de enfermería un 50% (15) refiere que han recibido capacitación sobre Urgencias Obstétricas, y un 53.3% (16) ha recibido capacitación sobre Síndrome Hipertensivo Gestacional. (Ver anexo tabla nº 7,8)

Referente al manejo del concepto de síndrome hipertensivo gestacional el 73.3% (22) lo conoce y 26.3% (8) no lo conoce. (Ver anexo tabla nº 9)

El 56.66 % (17) no conoce los factores de riesgos del Síndrome Hipertensivo Gestacional. El 60.1% (18) maneja los signos y síntomas del síndrome Hipertensivo. El 60% (18) maneja el tratamiento del Síndrome Hipertensivo. . (Ver anexo tabla nº 10, 11, 12).

El 23.33% (7) maneja las Complicaciones Obstétricas, y un 13.3% (4) las complicaciones fetales. . (Ver anexo tabla nº 13,14)

Durante la atención a las pacientes el 20% (6) se apoyan en el Protocolo del manejo de Síndrome Hipertensivo Gestacional y el 80% (24) % no lo aplica. (Ver anexo tabla nº 15)

En la valoración de enfermería el 93.1 (27)% del personal en estudio respondió que valoran el estado general y la triada de la preeclampsia. (Ver anexo tabla nº 16)

En lo que respecta al quehacer de la enfermera ante una paciente con preeclampsia el 83.3% (25) reporta al médico, el 10% (3) administra tratamiento y el 6.7% (2) no haría nada. (Ver anexo tabla nº 17)

En las prácticas de enfermería documentadas en el expediente clínico el 30% (9) da información sobre la importancia de su dieta el 70% (21) no lo hace, en las orientaciones verbales y escritas acerca de los signos que indican

preclampsia el 40% (12) lo hace y el 60% (18) no lo hace, en la colocación del paciente en decúbito lateral izquierdo hasta que se estabilice su presión arterial el 43.33% (13) lo orienta y 56.7% (17) no lo orienta, en la valoración de las señales de peligro como: Cefalea, hiperreflexia, dolor epigástricos, reducción en la producción de orina y perturbaciones visuales el 36.7% (11) le comunica al paciente las señales de peligro y 63.3% (19) no lo hace. (Ver anexo tabla nº 18, 19, 20,21).

Formulario de revisión del expediente clínico.

Se revisaron 10 expedientes clínicos.

1. Un 70% (7) del personal registra la condición general de la paciente.
2. Un 60% (6) registra el estado de conciencia y emocional.
3. Un 60% (6) registra los signos vitales, la frecuencia cardiaca fetal y la actividad uterina.
4. Un 40% (4) registra el ingreso de la paciente
5. Un 60% (6) reporta la necesidad de administrar oxígeno
6. Un 50% (5) registra el área de canalización y número de branula o catéter utilizado.
7. Un 50% (5) toma exámenes prescritos y los registra en el expediente clínico
8. Un 50 (5) % llena la papelería del expediente adecuadamente.
9. Un 50% (5) registra el peso diario de la paciente
10. Un 50% (5) registra las reacciones adversas en el expediente clínico.
11. Un 50% (5) registra la dieta y tolerancia de la misma.
12. Un 50 (5) registra las señales de peligro.
13. Un 70 % (7) brinda orientación sobre el reposo en decúbito lateral izquierdo
14. Un 60%(6) registra las recomendaciones generales sobre el autocuidado.

IX. ANALISIS DE RESULTADOS

La mayor parte del personal de enfermería es femenino, su edad promedio es de 28 años con una edad mínima de 21 años y máxima de 45 años, más de la mitad proceden del área urbana, con más de un año de laborar en la institución en el área de Gineco-obstetricia, la mayoría de estos son enfermeras profesionales. Como una perspectiva en la profesión, tienen una base científica amplia en el cuidado del paciente, ofreciendo así sus servicios con calidad y humanismo.

La mitad del personal ha recibido capacitaciones sobre urgencias hipertensivas y más de la mitad se ha capacitado en el manejo del síndrome Hipertensivo Gestacional se sabe que la docencia sistemática y permanente es un factor de estímulo para los trabajadores de la salud en general, al igual que prenda de garantía para los usuarios y especialmente por la buena imagen de la institución proyectada hacia la comunidad.

El personal de enfermería del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Monte España tienen un déficit de conocimientos significativo en el manejo del síndrome Hipertensivo Gestacional aun siendo en su mayoría enfermeras profesionales, el conocimiento brinda diversos conceptos y teorías que estimulan el pensamiento humano creativo, guían la enseñanza y la investigación, por lo que este debe ser el eje de interés en la formación de las enfermeras, unido al desarrollo de habilidades y destrezas, también mide el impacto de las acciones en la atención tomando nuevas direcciones y decisiones, ampliar los conocimientos da fortalezas que afianzan el poder continuar perfeccionando la práctica diaria y optimizando los cuidados con resultados satisfactorios.

Menos de la mitad del personal de enfermería fundamenta su atención en el protocolo sobre el manejo del síndrome hipertensivo gestacional normatizado por el Ministerio de Salud lo que repercute de manera negativa en la atención de las usuarias. El protocolo contiene un marco conceptual, el cual pretende sensibilizar

respecto a las intervenciones oportunas, en forma preventiva, curativa y de recuperación, a los equipos multidisciplinares de salud.

Referente al quehacer de la enfermera durante su valoración más de la mitad brinda orientaciones generales como: dieta, posición de la paciente, señales de peligro, signos y síntomas, pero no se valoran los reflejos osteotendinosos lo cual es de vital importancia para la evaluación neurológica dado a las alteraciones del sistema nervioso central que se puede presentar en caso de complicaciones.

Más de la mitad del personal reporta en el expediente clínico la condición general, signos vitales, frecuencia cardíaca fetal, estado de conciencia y emocional, peso diario, dieta, señales de peligro. Los datos de enfermería son de gran importancia por la relación directa y constante que mantiene con el paciente. La enfermera es indudablemente una de las trabajadoras de la salud que deben dejar constancia de sus actuaciones.

El mal manejo del expediente clínico no sólo puede acarrear daños al paciente, sino que hace responsable penalmente a quien cometa el acto u omisión conforme sus obligaciones.

X. CONCLUSIONES

1. El personal de enfermería en su mayoría es femenino con edad promedio de 28 años, proceden en su mayoría del área urbana, gran parte son enfermeras profesionales.
2. La mayoría del personal de enfermería no fundamenta su atención en el protocolo sobre el manejo del síndrome hipertensivo gestacional normalizado por el Ministerio de Salud. Por lo que tienen un déficit de Conocimientos en el manejo de estas pacientes, lo que representa un alto riesgo materno fetal
3. Durante la revisión del expediente clínico logramos constatar que no se documentan rigurosamente las prácticas de enfermería, son acciones de enfermería que se ejecutan y no se deja evidencia de que la usuaria recibió estos cuidados.
4. Los conocimientos, prácticas del personal de enfermería en relación al síndrome hipertensivo gestacional es deficitario.

XI) RECOMENDACIONES.

Dirigidas a las autoridades del Hospital Monte España.

1. Presentar al equipo de dirección del Hospital Monte España, los resultados de esta investigación, con el objetivo de trazar líneas de acción para dar continuidad a las capacitaciones.
2. Dar seguimiento y monitoreo para la efectividad de las capacitaciones recibidas por el personal de enfermería, fortaleciendo de esta manera las intervenciones a ejecutarse ante las usuarias con síndrome hipertensivo gestacional.
3. Brindar una capacitación dirigida al personal de enfermería sobre complicaciones materno fetales del síndrome hipertensivo gestacional.
6. Documentar en el expediente clínico las intervenciones de enfermería ejecutadas, dejando evidencia y soporte para evitar situaciones judiciales que se puedan presentar en el futuro.

XII). REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MINSA, PMSS. (Agosto 2007): *Protocolo de Manejo de Síndrome Hipertensivo Gestacional*. Nicaragua.
2. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive Minsa 2007 pág. 53-58.
3. OMS, UNICEF, FNUAP. (2002): *Protocolos de Atención en Urgencias Obstétricas*. EUA.
4. Cabero Roura. X curso intensivo de formación continuada medicina materno –Fetal. Año 2003.
5. The Magpie Trial Collaborative Group. The LANCET. Vol 359. Junio 2002. 4
6. Pravia camilo. Descripción epidemiológica de la eclampsia en el Hospital Bertha Calderón. Diciembre 2001.
7. Avilés Juan Carlos. Complicaciones de la Eclampsia en unidad de cuidados intensivos hospital Bertha Calderón. Enero – Diciembre del año 2000.
8. Martínez Carla, Uso de anti-hipertensivos en pacientes con preeclampsia en hospital Bertha Calderón Julio – Diciembre 2003. .
9. MINSA, PMSS. (Agosto 2002): *Protocolo de Manejo de Síndrome Hipertensivo Gestacional*. Nicaragua.
10. Schwarcz, Sala, Duverges. (2000): *Obstetricia*. (5ª edición). Argentina: El Ateneo.
11. Queenan, John T. (1993): *Atención del Embarazo de Alto Riesgo*. (2ª edición).
12. Roviria, Elías. (2001): *Urgencias en Enfermería*. (2ª edición). Madrid, Valencia: Difusión Avances de Enfermería.
13. J. González – Merlo. (2002): *Obstetricia*. (4ta. Ed.). España: Masson.

14. Malangón Londoño, Gustavo. Et al. (1996): *Administración Hospitalaria*. España: Panamericana.
15. MINSA, FONMAT. (Marzo 2001): *Protocolo para la Atención Obstétrica y Pediátrica, dirigido al personal de Enfermería*. Nicaragua.
16. Piura L., Julio. (2000): *Introducción a la Metodología de la Investigación Científica*. (4ª edición). Nicaragua..
17. Werther Jr. W y Davis K. *Administración de Personal y Recursos Humanos*. 5ta edición. Año 2000
18. Castilla María Luisa y colaboradoras, conocimientos y prácticas de enfermería en el manejo del síndrome hipertensivo gestacional Hospital Asunción Juigalpa julio 2004.

ANEXOS

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variable	Sub Variable.	Definición operacional	Dimensiones	Valores	Escala
Caracterización del personal de enfermería	Edad.	Años cumplidos	Número de años	20- 35 años	Nominal
	Sexo		-	Hombre Mujer	Nominal
	Procedencia	Lugar de residencia de la enfermera.	Km de distancia	Urbana Semi- urbana Rural	Nominal
	Nivel académico	Preparación académica.	Profesión	Auxiliar de enfermería Enfermera Licenciada en enfermería. Enfermera obstetra.	Ordinal

	Preferencia del área de trabajo	El área que siente mayor satisfacción al laborar.	Áreas cerradas Áreas abiertas.	Maternidad Labor y parto Alojamiento conjunto. Cuidados intensivos Neonato Alto riesgo obstétrico. Otras áreas.	Nominal.
	Tiempo de laborar en la institución	Años de servicio en la institución	años	Menor de un año Más de un año.	Ordinal
	Tiempo de laborar en el área.	Tiempo de servicio en el departamento de Gineco-obstetricia.	Años laborados Meses laborados	2-6 meses 6 meses a un año. Más de 1 año.	
		Actualización en el manejo		Nivel de	Nominal.

	Capacitación.	del síndrome hipertensivo gestacional	Talleres Autoestudio . Otros.	conocimiento.	
Conocimientos de Enfermería	Manejo de la enfermedad	Concepto del síndrome hipertensivo gestacional	Definiciones que maneja.	-	Nominal
	Conocimiento sobre el protocolo de atención	Manejo de la norma del síndrome hipertensivo gestacional.	Patología	Conoce No conoce	Nominal
	Factores de riesgo.	Los factores que favorecen a que se desarrolle la enfermedad.	Tipo de factores	Personales Familiares Ambientales. Alimentación	Nominal
	Manifestación	Signos y		Signos y síntomas	

	es Clínicas.	síntomas de la enfermedad.		Detectados durante la valoración.	Nominal
	Tratamiento.	Fármacos utilizados para tratar esta Patología.	Medicamentos.	- Dosis. - Vía. - hora Reacciones adversas	Nominal
	Complicaciones maternas	Patologías derivadas o agravadas por el estado hipertensivo	Patologías	Síndrome de HELLP. Hemorragia. Eclampsia	Nominal
	Complicaciones fetales	Patologías derivadas o agravadas por el estado hipertensivo en el producto.	patologías	Bajo peso al nacer. Prematurez. Asfixia.	Nominal
Prácticas del	Manejo de	Prácticas de		Práctica el	Nominal

personal de enfermería	protocolo.	enfermería basadas en el protocolo del manejo del síndrome hipertensivo gestacional	Nivel de práctica de enfermería basada en el protocolo	protocolo No practica el protocolo	
	Identificación de factores de riesgo.	Reconocimiento de factores de riesgo de parte del personal de enfermería	Numero de factores de riesgo identificados durante la valoración	Identifica factores de riesgo No identifica factores de riesgo.	Nominal.
	Prácticas sobre la aplicación del tratamiento.	Administración correcta del tratamiento indicado	Práctica adecuada de administración de tratamiento.	La práctica es adecuada La práctica es inadecuada.	



Instrumento N0 1

ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE ENFERMERIA.

La presente encuesta tiene como objetivo valorar el grado de conocimientos y prácticas del personal de enfermería en el manejo de síndrome hipertensivo gestacional en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Monte España.

Encierre en un círculo su respuesta correcta.

Datos generales.

1. La persona encuestada es:

Femenina ___ Masculino ___

2. Edad cumplida : _____

3. La persona encuestada procede de

Área urbana _____ semi-urbana ----- Área rural: _____

4. Tiempo de laborar en la institución: menor de 1 año _____ más de un año _____

5. Su Nivel Académico es:

- a) Auxiliar de enfermería
- b) Enfermera
- c) Licenciada en enfermería materno infantil
- d) Licenciada en enfermería crítica
- e) Licenciada en enfermería salud pública
- f) Enfermera obstetra.

6.Cuál es su área de preferencia de área de trabajo.

- a) Alto riesgo obstétrico

- b) Maternidad
- c) Alojamiento conjunto
- d) Prelabor
- e) Labor y parto
- f) Otras.

7. La persona encuestada tiene de laborar en el departamento de ginecoobstetricia

De 0-6 meses _____ de 7- 12 meses _____ más de un año_____

8. Ha recibido capacitaciones sobre manejo de pacientes con urgencias obstétricas

Sí____ No____ En qué lugar: _____

Conteste.

9. Ha recibido capacitaciones sobre el manejo de síndrome hipertensivo

Gestacional Si _____ no _____

10. ¿Cuál es el concepto de síndrome hipertensivo Gestacional?

11. Mencione los factores de riesgo del síndrome hipertensivo gestacional.

12. ¿Cuáles son los signos y síntomas del síndrome hipertensivo gestacional?

13. ¿Cuál es el tratamiento que se utiliza para la paciente con síndrome hipertensivo gestacional?

14. ¿cuáles son las complicaciones maternas del síndrome hipertensivo gestacional?

15. ¿Cuáles son las complicaciones fetales del síndrome hipertensivo gestacional?

16. ¿Cuáles son los criterios del alta?

17. Durante su valoración de enfermería ha puesto en práctica el protocolo del manejo del síndrome hipertensivo. Si----- no -----

18. Que le valoraría usted como personal de enfermería a una paciente con síndrome hipertensivo gestacional

- a) Su estado general
- b) Su presión Arterial
- c) Diuresis
- d) Edema
- e) Todas las anteriores

19. ¿Qué haría si su paciente presenta signos clínicos de eclampsia durante su valoración?

- a) Administra tratamiento
- b) Reporta al médico de inmediato
- c) No hace nada.
- d) Mantener vía permeable
- e) Brindar condiciones para prevenir traumas, mordeduras de lengua y crisis de convulsiones

20. ¿Cuáles serían sus prácticas como personal de enfermería ante una paciente con síndrome hipertensivo gestacional?



INSTRUMENTO Nº 2

FORMULARIO DE REVISIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

La revisión documental del expediente clínico se realizara con el objetivo de valorar el registro documentado de las prácticas de enfermería en el manejo de pacientes con síndrome hipertensivo gestacional.

ESTÁN PRESENTES EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO LOS SIGUIENTES REGISTROS	SI	NO
1) La condición general del paciente		
2) El estado de conciencia y emocional		
3) Registro toma de signos vitales, frecuencia cardíaca fetal y actividad uterina		
4) Reporte del ingreso de la paciente al medico		
5) Reporta en expediente la necesidad de administrar oxigeno		
6) El área canalización y numero de branula o catéter utilizado		
7) La indicación y toma de exámenes prescritos		
8) Llenado adecuado de papelería utilizada		
9) Registro del peso diario de la paciente		
10) Medicamento administrado y reacciones adversas		
11) La indicación de la dieta y tolerancia de la misma.		
12) Registro de señales de peligro		
13) Orientación sobre el reposo relativo en decúbito lateral izquierdo		
14) Recomendaciones generales sobre el auto cuidado.		

CARTA DE SOLICITUD.

Dr. Mario Chávez

Director médico Hospital Monte España.

Su oficina

Reciba cordialmente mis saludos.

Me dirijo a usted con la finalidad de solicitarle autorización para realizar tesis para optar al título de master en salud pública en esta unidad hospitalaria. El tema es conocimientos y prácticas de enfermería en el manejo de síndrome hipertensivo gestacional.

Me comprometo a entregar el documento completo del estudio a la institución esperando contar con su apoyo.

Sin más a que agregar y esperando respuesta positiva.

Cc. Archivo.

TABLA. N° 1

PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA SEGÚN SEXO. CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DE SINDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL. HOSPITAL MONTE ESPAÑA-MANAGUA NICARAGUA. SEGUNDO SEMESTRE 2010.

SEXO	NUMERO	PORCENTAJE
Femenino	21	70%
Masculino	9	30%
Total	30	100%

Fuente: encuesta enfermería Hospital Monte España.

TABLA N° 2

PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN LA EDAD. CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DE SINDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL. HOSPITAL MONTE ESPAÑA-MANAGUA NICARAGUA. SEGUNDO SEMESTRE 2010.

EDAD	Numero	PORCENTAJE
21-25	10	33.33%
26-30	10	33.33%
31- 35	5	16.66%
36-40	3	10.00
41-45	2	6.66%
Total	30	100%

Fuente: encuesta enfermería Hospital Monte España

TABLA N° 3

PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN ÁREA DE PROCEDENCIA. CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DE SINDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL. HOSPITAL MONTE ESPAÑA-MANAGUA NICARAGUA. SEGUNDO SEMESTRE 2010.

PROCEDENCIA	NUMERO	PORCENTAJE
Área Rural	2	6.7%
Área Semi- Urbana	2	6.7%
Área Urbana	26	86.7%
Total	30	100.0%

Fuente: encuesta enfermería Hospital Monte España

TABLA N° 4

PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN TIEMPO DE LABORAR EN LA INSTITUCIÓN CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DE SINDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL. HOSPITAL MONTE ESPAÑA-MANAGUA NICARAGUA. SEGUNDO SEMESTRE 2010.

TIEMPO DE LABORAR EN LA INSTITUCIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
De un año a mas	21	70.0%
menor de un año	9	30.0%
Total	30	100.0%

Fuente: encuesta enfermería Hospital Monte España.

TABLA N° 5

PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA NIVEL ACADÉMICO CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DE SINDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL. HOSPITAL MONTE ESPAÑA-MANAGUA NICARAGUA. SEGUNDO SEMESTRE 2010.

NIVEL ACADÉMICO	NUMERO	PORCENTAJE
Auxiliar de enfermería	9	30.0%
Enfermera	10	33.3%
Lic. en enfermería Salud publica	4	13.3%
Lic. en enfermería paciente critico	3	10.0%
Licenciada en Materno infantil	4	13.3%
Total	30	100.0%

Fuente: encuesta de enfermería Hospital Monte España.

TABLA N° 6

PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN PREFERENCIA DE ÁREA DE TRABAJO CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DE SINDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL. HOSPITAL MONTE ESPAÑA-MANAGUA NICARAGUA. SEGUNDO SEMESTRE 2010.

ÁREA DE PREFERENCIA DE TRABAJO	NUMERO	PORCENTAJE
Alojamiento Conjunto	5	16.7%
Alto riesgo Obstétrico	4	13.3%
Labor y parto	2	6.7%
Maternidad	2	6.7%
Otras	11	36.7%
Prelabor	6	20.0%
Total	30	100.0%

Fuente: Encuesta de enfermería Hospital Monte España.

TABLA N° 7

PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN NUMERO DE CAPACITACIONES EN URGENCIAS HIPERTENSIVAS CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DE SINDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL. HOSPITAL MONTE ESPAÑA-MANAGUA NICARAGUA. SEGUNDO SEMESTRE 2010.

CAPACITACIONES EN URGENCIAS HIPERTENSIVAS	NUMERO	PORCENTAJE
No	15	50.0%
Si	15	50.0%
Total	30	100.0%

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería Hospital Monte España.

TABLA N° 8

PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN NUMERO DE CAPACITACIONES EN SÍNDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DE SINDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL. HOSPITAL MONTE ESPAÑA-MANAGUA NICARAGUA. SEGUNDO SEMESTRE 2010

CAPACITACIONES SÍNDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL	NUMERO	PORCENTAJE
No	16	53.3%
Si	14	46.7%
Total	30	100.0%

Fuente: Encuesta enfermería Hospital Monte España.

TABLA N° 9

PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE MANEJA EL CONCEPTO DE SHG CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DE SINDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL. HOSPITAL MONTE ESPAÑA-MANAGUA NICARAGUA. SEGUNDO SEMESTRE 2010

CONCEPTO SHG	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Manejan el concepto	22	73.3%
no lo conozco	8	26.3%
Total	30	100.0%

Fuente: Encuesta enfermería Hospital Monte España.

Tabla10

PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE MANEJA LOS FACTORES DE SHG CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DE SINDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL. HOSPITAL MONTE ESPAÑA-MANAGUA NICARAGUA. SEGUNDO SEMESTRE 2010

FACTORES DE RIESGO SHG	NUMERO	PORCENTAJE
Manejan los factores de riesgo	13	43.33%
No lo conozco	17	56.66%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta

enfermería Hospital Monte España

TABLA 11

PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE MANEJA LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE SHG CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DE SINDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL. HOSPITAL MONTE ESPAÑA-MANAGUA NICARAGUA. SEGUNDO SEMESTRE 2010

SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL SHG	NUMERO	PORCENTAJE
Personal que maneja los signos y síntomas.	18	60.0%
no lo conozco	12	39.9%
Total	30	100.0%

Fuente: Encuesta enfermería Hospital Monte España

TABLA 12

PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE MANEJA EL TRATAMIENTO DE SHG CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DE SINDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL. HOSPITAL MONTE ESPAÑA-MANAGUA NICARAGUA. SEGUNDO SEMESTRE 2010

TRATAMIENTO DEL SHG	NUMERO	PORCENTAJE
Personal que maneja el tratamiento de síndrome hipertensivo gestacional	18	60.0 %
no lo conozco	12	40.0%
Total	30	100.0%

Fuente: Encuesta enfermería Hospital Monte España

TABLA 13

PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE MANEJA LAS COMPLICACIONES OBSTETRICAS DE SHG CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DE SINDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL. HOSPITAL MONTE ESPAÑA-MANAGUA NICARAGUA. SEGUNDO SEMESTRE 2010

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DEL SHG	NUMERO	PORCENTAJE
Maneja las complicaciones obstétricas.	7	23.33%
no la conozco	23	76.66 %
Total	30	100.0%

Fuente: Encuesta enfermería Hospital Monte España

TABLA 14

PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE MANEJA LAS COMPLICACIONES FETALES DE SHG CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DE SINDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL. HOSPITAL MONTE ESPAÑA-MANAGUA NICARAGUA. SEGUNDO SEMESTRE 2010

COMPLICACIONES FETALES DEL SHG	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Personal que maneja las complicaciones fetales del SHG	4	13.33%
no las conozco	26	86.7 %
Total	30	100.0%

Fuente: Encuesta enfermería Hospital Monte España

TABLA 15

PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE MANEJA EL PROTOCOLO DE SHG CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DE SINDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL. HOSPITAL MONTE ESPAÑA-MANAGUA NICARAGUA. SEGUNDO SEMESTRE 2010

PRACTICAS DEL PROTOCOLO DEL SHG	NUMERO	PORCENTAJE
Practica el protocolo en su atención	6	20.0%
no las conozco	24	80 %
Total	30	100.0%

Fuente: Encuesta enfermería Hospital Monte España

TABLA N° 16

PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN VALORACIÓN DE ENFERMERÍA CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DE SINDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL. HOSPITAL MONTE ESPAÑA-MANAGUA NICARAGUA. SEGUNDO SEMESTRE 2010

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON SHG	NUMERO	PORCENTAJE
Presión Arterial	2	6.9%
todas las anteriores	27	93.1%
Total	29	100.0%

Fuente: Encuesta enfermería Hospital Monte España.

Tabla 17

PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN SU QUEHACER, CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DE SINDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL. HOSPITAL MONTE ESPAÑA-MANAGUA NICARAGUA. SEGUNDO SEMESTRE 2010

QUEHACER DE ENFERMERIA ANTE PRECLAMPSIA	NUMERO	Porcentaje
Administra tratamiento	3	10.0%
no haría nada	2	6.7%
reportaría al médico de inmediato	25	83.3%
Total	30	100.0%

Fuente: Encuesta enfermería Hospital Monte España

TABLA N° 18

PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN NUMERO DEL PERSONAL QUE DA INSTRUCCIONES SOBRE LA DIETA, CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DE SINDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL. HOSPITAL MONTE ESPAÑA-MANAGUA NICARAGUA. SEGUNDO SEMESTRE 2010

INSTRUCCIONES DE SU DIETA	NUMERO	PORCENTAJE
Yes	9	30.0%
No	21	70.0%
Total	30	100.0%

Fuente: Encuesta enfermería Hospital Monte España

TABLA N° 19

PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE BRINDA ORIENTACIÓN SOBRE LOS SIGNOS DE ALARMA CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DE SINDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL. HOSPITAL MONTE ESPAÑA-MANAGUA NICARAGUA. SEGUNDO SEMESTRE 2010

PERSONAL QUE BRINDA ORIENTACIÓN DE LOS SIGNOS DE PREECLAMPSIA	NUMERO	PORCENTAJE
Yes	12	40.0%
No	18	60.0%
Total	30	100.0%

Fuente: Encuesta enfermería Hospital Monte España

TABLA N ° 20

PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE COLOCA A LA PACIENTE EN DLI CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DE SINDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL. HOSPITAL MONTE ESPAÑA-MANAGUA NICARAGUA. SEGUNDO SEMESTRE 2010

COLOCAR A LA PACIENTE EN DLI	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Yes	13	43.3%
No	17	56.7%
Total	30	100.0%

Fuente: Encuestaenfermería Hospital Monte España

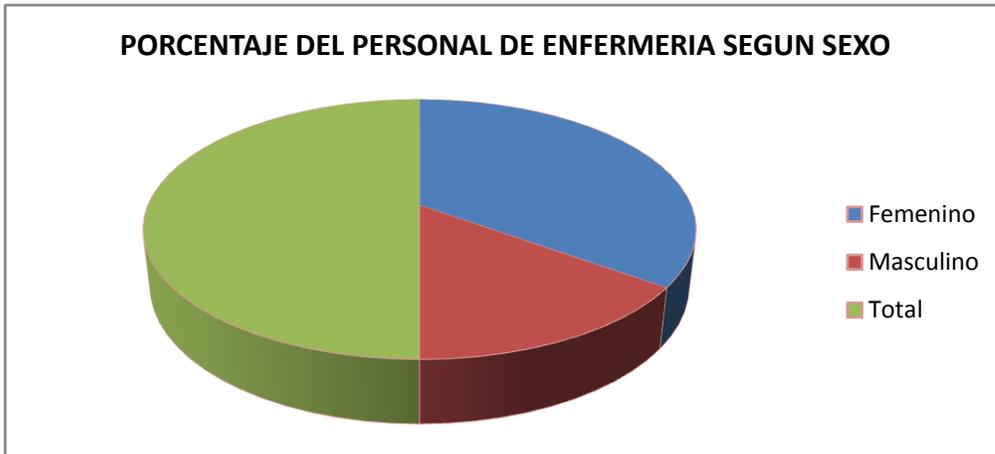
TABLA N° 21

PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN VALORACIÓN DE SEÑALES DE PELIGRO CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DE SINDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL. HOSPITAL MONTE ESPAÑA-MANAGUA NICARAGUA. SEGUNDO SEMESTRE 2010

VALORACIÓN DE LAS SEÑALES DE PELIGRO	NUMERO	PORCENTAJE
Yes	11	36.7%
No	19	63.3%
Total	30	100.0%

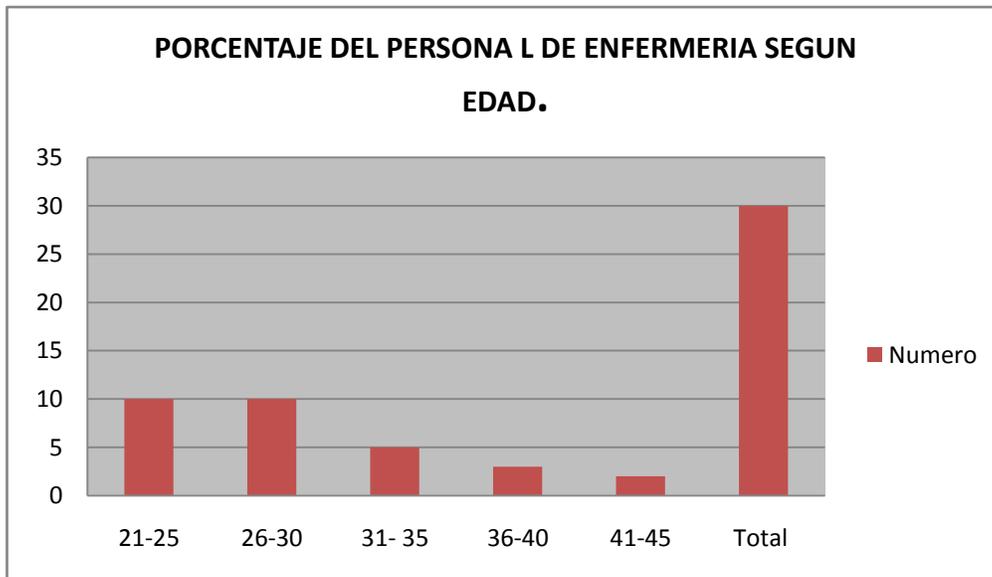
Fuente: Encuesta de enfermería Hospital Monte España

Gráfico N° 1



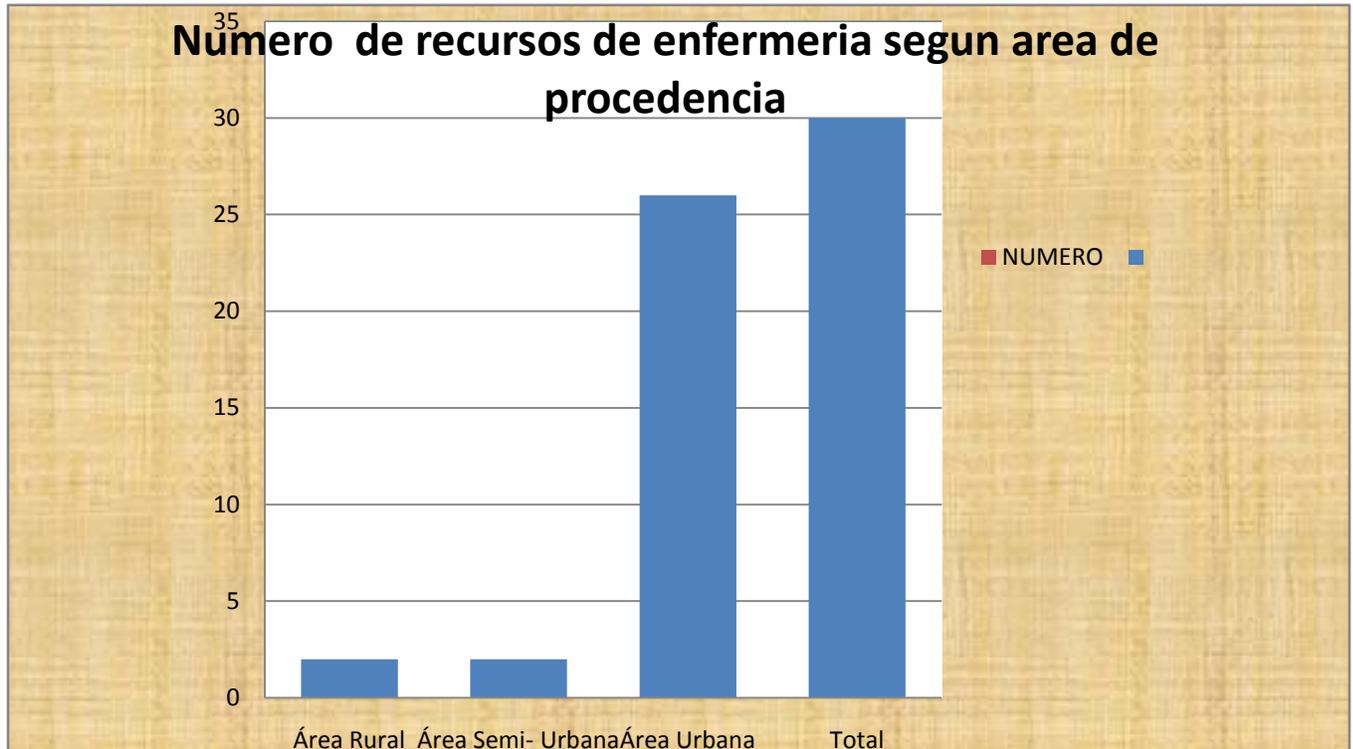
Fuente : tabla N° 1

Gráfico N°2



Fuente : tabla N° 2

Gráfico N° 3



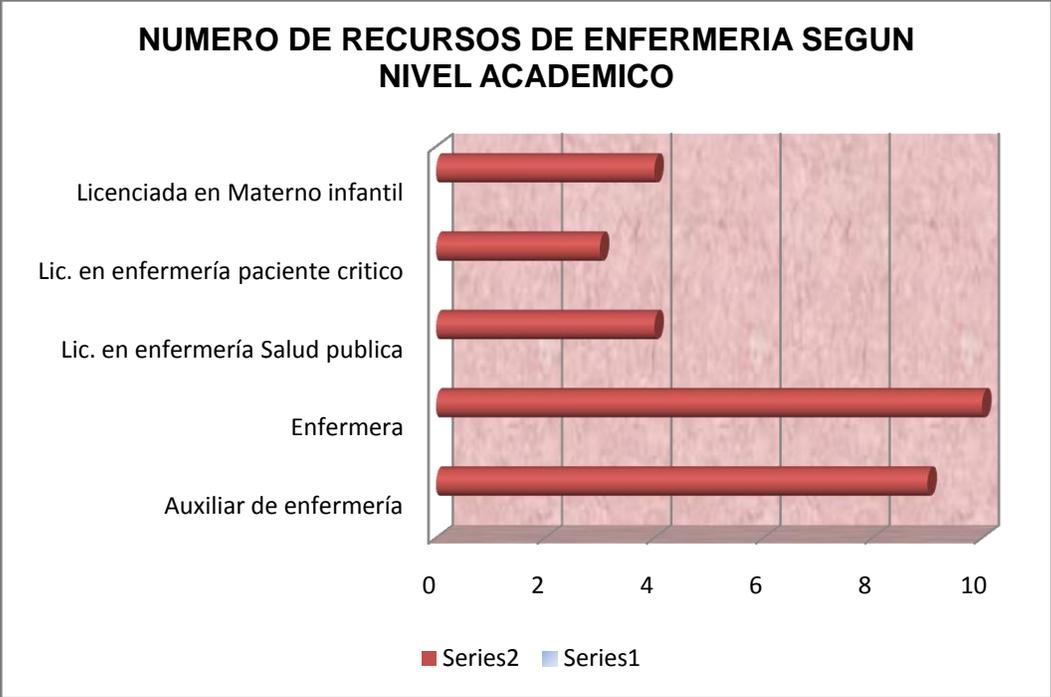
Fuente : tabla N° 3

Gráfico N° 4



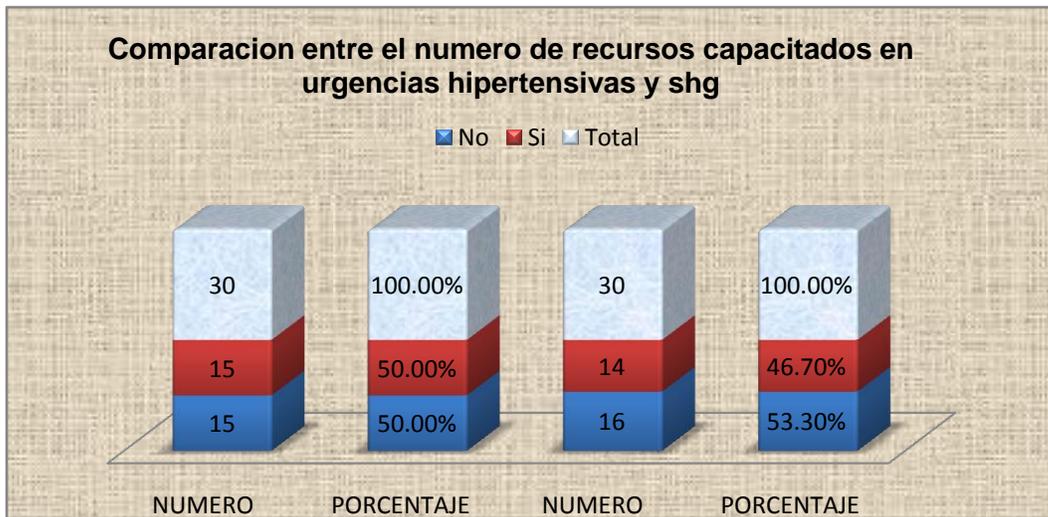
Fuente : tabla N°4

GráficoNº 5



Fuente : tabla Nº 5

Gráfico N° 6



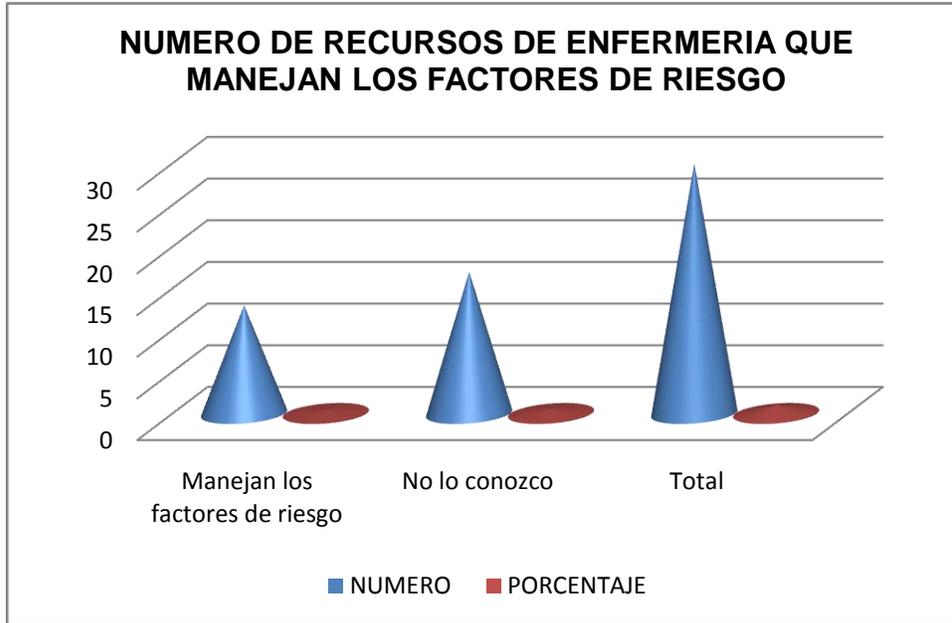
Fuente : Tabla N° 8

Gráfico N° 7



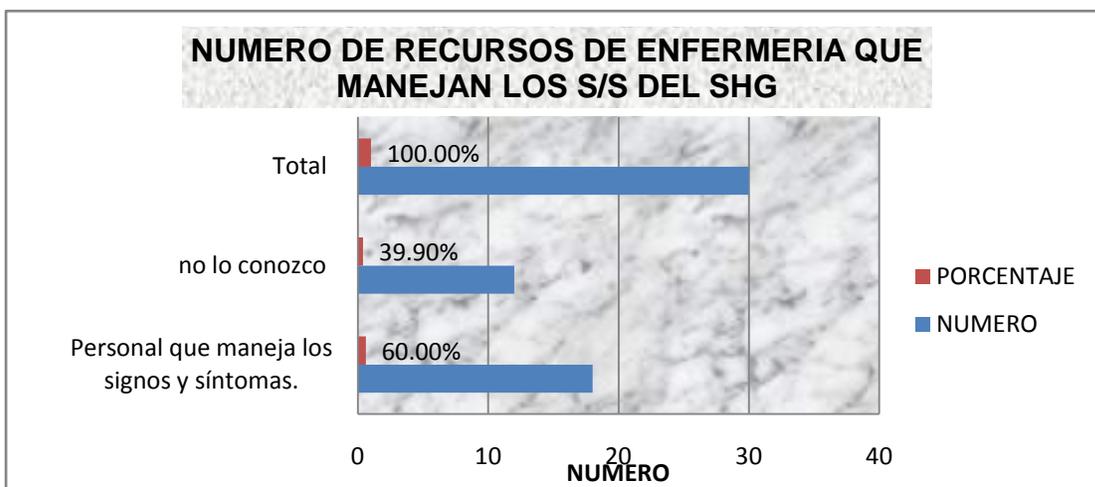
Fuente : tabla N° 9

Gráfico N° 8



Fuente : tabla N° 10

Gráfico N° 9



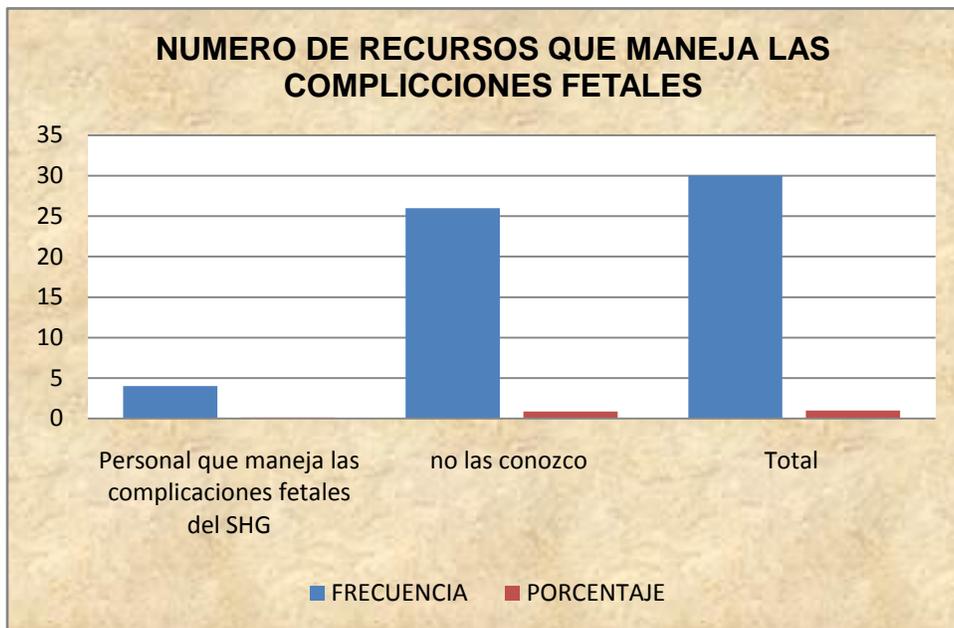
Fuente : tabla N° 11

Gráfico N° 10



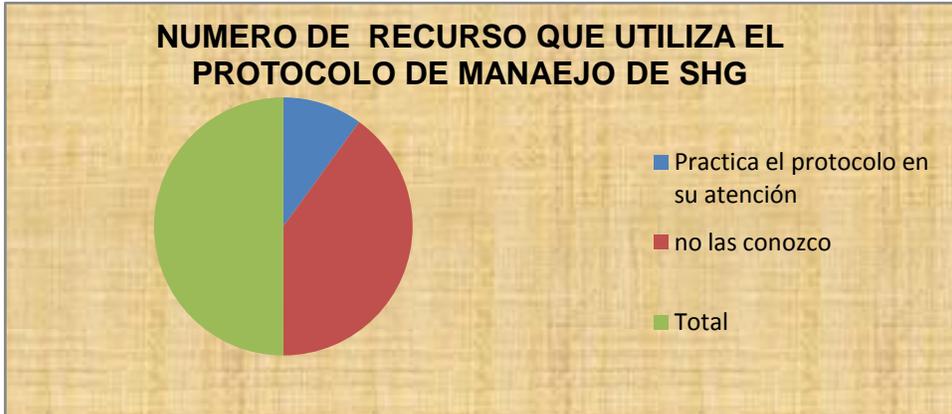
Fuente: tabla N° 12

Gráfico N° 11



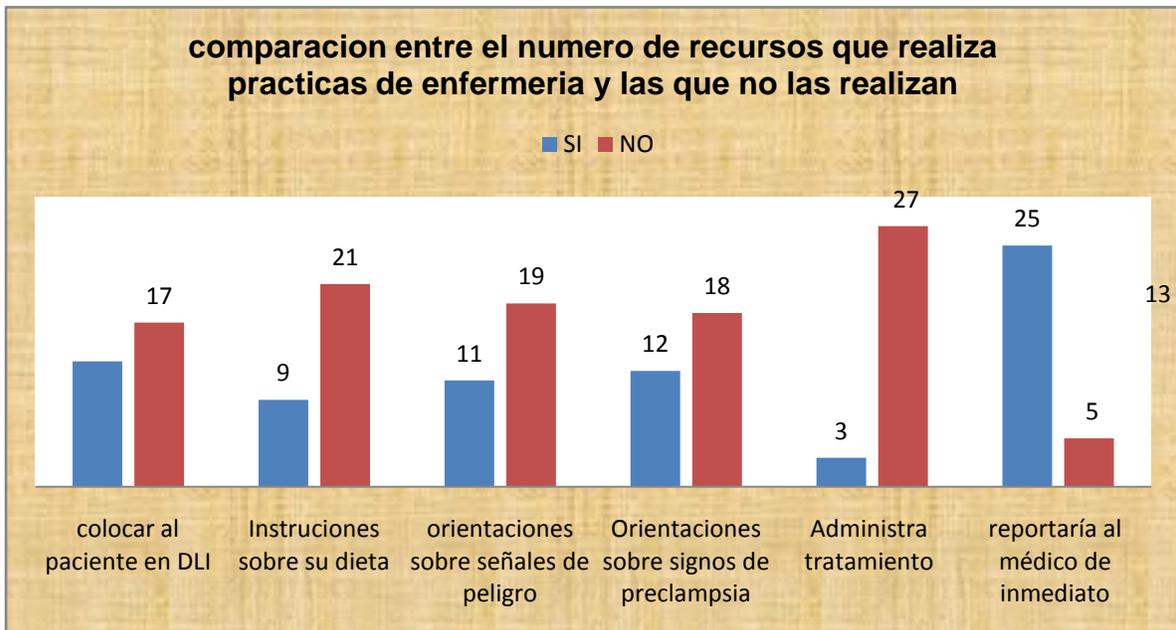
Fuente : tabla n° 13

Gráfico Nº 12



Fuente: tabla Nº 14.

Gráfico Nº 13



Fuente: tabla Nº 17, 21.