

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Las enfermedades hipertensivas del embarazo en la actualidad representan, un relevante problema de salud pública caracterizada por su alta prevalencia en las mujeres gestantes, y un gran impacto en la morbi-mortalidad perinatal y materna.

Las diversas investigaciones realizadas con el propósito de conocer las causas son numerosas, en donde se han identificado diferentes factores de riesgo, entre ellos la herencia, factores genéticos, inmunológicos, ambientales y de consumo, los mismos que reducen notablemente la salud de las pacientes. A pesar que el cuadro clínico se conoce con detalle desde hace un siglo, la preeclampsia constituye una causa relevante de mortalidad materna y perinatal. Cuando los cuidados prenatales son deficientes, la mortalidad y las complicaciones tanto maternas como fetales aumentan notablemente, lo que demuestra, que la atención de enfermería juega un papel muy importante en la mejoría de las mujeres que presentan trastornos hipertensivos, siempre y cuando estos sean oportunos y eficientes.

Según la OMS esta afecta entre el 3 al 10% de los embarazos, es la principal causa de muerte materna en el mundo, la primera causa de ingreso de pacientes embarazadas a las unidades de terapia intensiva (debido a hemorragia masiva para recibir soporte hemodinámico), según la secretaria de salud (2001) la mortalidad por complicaciones del embarazo ocupa el 15º lugar en la mortalidad hospitalaria en general y en el plano local, según datos estadísticos del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán en el periodo de estudio de Abril a Octubre del 2007 se atendieron 35 casos de mujeres gestantes que presentaron trastornos hipertensivos del embarazo.

La Hipertensión Arterial durante el embarazo es una de las complicaciones más comunes de la gestación, ocurriendo en aproximadamente el 5 al 10% de todos los embarazos siendo la segunda complicación médica de la gestación, después de la anemia; es más frecuente en jóvenes durante el primer embarazo y en nulíparas de mayor edad, hipertensas previas y diabéticas. La eclampsia es mucho menos común, afectando solamente una de cada 1500 mujeres embarazadas.

Se considera que la causa de la eclampsia, es la preeclampsia no tratada y los resultados son convulsiones que ponen en riesgo la vida de la madre y del bebe provocando cada 3 minutos la muerte de una mujer en el mundo.

El servicio de Ginecología del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán, cuenta con protocolos de Gineco-obstetricia, el mismo que no se encuentra a disposición de todo el personal que labora en este servicio, lo que imposibilita poner en práctica los cuidados de enfermería a cabalidad, poniendo en riesgo la salud del binomio madre-hijo. Y siendo por otro lado importante desarrollar acciones de fomento para la salud y la prevención de complicaciones durante el embarazo, con el fin de disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad materna y neonatal durante la gestación.

Debido a la falta de personal, la gran afluencia y sobre todo a la poca capacitación que reciben en cuanto a trastornos hipertensivos del embarazo se puede afirmar que la atención proporcionada en esta área de salud no es muy satisfactoria, o por lo menos es lo que demuestran las usuarias que han sido atendidas en este servicio, por lo que es importante capacitar constantemente al personal para brindar atención de calidad y calidez. Además la falta de comunicación, interés y participación toman un papel muy importante al momento de medir la calidad, eficiencia, productividad y eficacia que brinda cualquier casa de salud.

Como se puede observar la información recolectada nos conduce a corroborar que la alta incidencia de trastornos hipertensivos requiere de atención de enfermería con características de calidad y oportunidad que permite evidenciar sus competencias sobre la base de protocolos de atención enmarcados en las normas establecidas y el avance de la técnica, la ciencia y la calidez en el cuidado del ser humano.

1.2 Formulación del problema.

¿Cuál es la incidencia de los trastornos hipertensivos en el embarazo y la calidad de atención brindada por el personal de enfermería en el servicio de Ginecología del Hospital Luís Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán en el periodo de Abril-Octubre del 2007?

1.3 JUSTIFICACION

Durante los últimos años los trastornos hipertensivos del embarazo forman parte de las primeras causas de morbi-mortalidad materna y fetal, a nivel mundial, tornándose un gran problema de salud pública, ya que forma parte de los principales factores de riesgo que aumentan la posibilidad de que el producto presente bajo peso al nacer.

En el plano local, en el último año según datos estadísticos del 2006 se encuentra que el 100% de mujeres gestantes que asisten al hospital Luís Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán, el 20 % corresponde a mujeres que presentaron trastornos hipertensivos del embarazo” debido a esta prevalencia creemos pertinente y de vital importancia la realización de este trabajo de investigación para disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad del binomio madre e hijo.

En el estudio empírico se pudo evidenciar un alto grado de insatisfacción del usuario por la atención recibida, que obedece a diferentes causas tanto directas como indirectas lo que determina que la investigación pueda brindar elementos de análisis para el mejoramiento de los servicios con protocolos de atención y planes de mejoramiento de la calidad .

Si persisten estas formas de trabajo la percepción del usuario que recibe la atención desencadena en otras problemáticas institucionales, por lo que la enfermería como profesión con calidad técnica y humanística, desde sus diferentes funciones puede desarrollar el liderazgo en los procesos de gestión del cuidado, que se logra solo a partir del conocimiento de la realidad, sobre la base de la investigación.

Los avances científicos–tecnicos determinan una revisión continua del cuidado tomando en cuenta los aspectos teóricos que lo sustentan y de la

aplicación desde la epidemiología, la fisiología, la estadística y la administración.

La relevancia humana del trabajo esta determinado por el aporte de esta investigación en la prevención de complicaciones de las enfermedades hipertensivas en el embarazo y por otro lado en la motivación que se dé al personal de enfermería con nuevas iniciativas en la prestación del cuidado.

Finalmente todo proceso que genere cambio, en la incorporación de nuevos componentes de profundización permite justificar la relevancia contemporánea del trabajo y ver el cuidado de enfermería con garantía de calidad y calidez.

1.4 OBJETIVOS.

1.4.1 Objetivo General:

Determinar la incidencia de los trastornos hipertensivos en el embarazo y la calidad de atención proporcionada por el personal de enfermería en el servicio de Ginecología del Hospital Luís Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán en el periodo de Abril - Octubre del 2007.

1.4.2 Objetivos Específicos:

1.4.2.1 Determinar la clase de los trastornos hipertensivos en el embarazo en el periodo de Abril – Octubre del 2007.

1.4.2.2 Identificar tiempo de acceso, espera y atención de las usuarias con trastornos hipertensivos del embarazo.

1.4.2.3 Describir el grado de satisfacción de las usuarias con trastornos hipertensivos del embarazo frente a la atención de enfermería.

1.4.2.4 Diseñar un protocolo de atención de enfermería para pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO.

Los trastornos hipertensivos del embarazo son problemas importantes que implican un gran riesgo de complicaciones tanto maternas como fetales, caracterizadas por una elevación de la presión sanguínea.

La preeclampsia constituye la más grave de las complicaciones hipertensivas del embarazo y puede resultar mortal, si pasa sin tratamiento o si evoluciona hacia una eclampsia.

2.2 ETIOLOGÍA

Durante el embarazo normal ocurren cambios fisiológicos, así como adaptaciones bioquímicas consistentes en cambios hormonales, de prostaglandinas, prostaciclina, sistema renina-angiotensina-aldosterona, y kininas.

Aunque la preeclampsia ha sido muy estudiada, su causa aún es desconocida. Las tres teorías etiológicas más acertadas son la genética, la placentaria, y la inmunológica, aunque existen otras teorías como alteraciones iónicas y nutritivas en el embarazo que también se han considerado. Todas estas teorías coinciden en el daño endotelial a nivel vascular provocando la enfermedad generalizada.

2.2.1 Teoría Genética.- Existe una predisposición familiar a la eclampsia por un aumento en la frecuencia en hermanas e hijas de

mujeres que han padecido la enfermedad, principalmente en mujeres nacidas de madres con eclampsia durante su embarazo.

“La susceptibilidad genética, tanto materna como fetal puede facilitar la alteración de la respuesta inmune. Las reacciones inmunitarias están determinadas genéticamente, por lo que, la predisposición genética parece jugar un papel importante en esta respuesta inmune. El equilibrio entre las respuestas inmunitarias maternas y el genotipo fetal quizás regulen el proceso de invasión trofoblástica necesario para la placentación normal. Una alteración en este equilibrio por factores maternos o fetales podría provocar la preeclampsia”. (18)

2.2.2 Teoría de la Placentación.- La Preeclampsia es un síndrome asociado exclusivamente al embarazo y para su desarrollo se requiere la presencia de la placenta.

Se ha observado preeclampsia en mujeres con embarazos extrauterinos o molares no embrionarios, en donde la anomalía placentaria es producida por una reducción de la perfusión por un fallo en la dilatación y reorganización de las arterias espirales.

Así, en la Preeclampsia aparecen cambios en la placenta de tipo estructural y funcional:

a) Estructurales: Se produce la escasez de invasión trofoblástica de arterias espirales, y aparición de lesiones "ateromatosas agudas", y la presencia de trombos placentarios con infartos potenciales.

b) Funcional: El cambio consiste en que estas arterias pasan a ser vasos de resistencia en vez de los vasos de capacidad que existen en el embarazo normal, con lo que se reduce el flujo sanguíneo, y aumentan las resistencias vasculares.

2.2.3 Teoría inmunológica.- Los factores inmunitarios pueden tener un papel importante en la aparición de preeclampsia, provocados por la ausencia de anticuerpos bloqueadores, disminución de la reacción inmunitaria mediada por células, activación de neutrófilos, y participación de citocinas.

Los factores etiológicos responsables de la aparición de la preeclampsia incide directamente en la relación madre y feto por una alteración inmunológica que ponen en marcha los, mecanismos fisiopatológicos

La unidad fetoplacentaria tiene características de un aloinjerto, cuando los mecanismos normales de inmunotolerancia entre trofoblasto y tejido materno fracasan se inicia una reacción inmunitaria anormal al ponerse en contacto los antígenos fetales con los maternos.

“Se cree, que la aparición de una intolerancia inmunológica mutua entre el "aloinjerto fetal" (paterno) y el tejido materno en el primer trimestre causa importantes cambios morfológicos y bioquímicos en la circulación sistémica y útero placentaria materna. El concepto de aloinjerto fetal indica que la reacción inmunitaria materna contra el feto es potencialmente destructiva, y algunos investigadores proponen que el reconocimiento inmunitario del embarazo es indispensable para su éxito.” (18).

Actualmente existen dos teorías:

- La primera indica que debe ocurrir reconocimiento para que se presente una respuesta inmuno-supresora adecuada y se evite el rechazo inmunitario.

- La segunda señala que el reconocimiento inmunitario actúa como estímulo para la secreción localizada de citocinas en el lecho placentario, que a su vez promueven la producción de factores que favorecen el crecimiento de la placenta.

Ambas hipótesis sugieren que la mayor diferencia de histocompatibilidad entre la madre y el feto predispondría a una pérdida gestacional temprana, lo cual tiene su importancia cuando se consideran causas inmunitarias de aborto espontáneo y recidivante. Los antígenos fetales podrían inducir una reacción típica mediada por células. Así una respuesta inmunitaria celular decidual, sería componente esencial para limitar la invasión de las células trofoblásticas, condicionando la preeclampsia.

Hay muchos argumentos derivados de estudios epidemiológicos, que apuntan hacia estas alteraciones del reconocimiento materno:

1) Disminución de la incidencia de Preeclampsia en:

- Mujeres expuestas en anteriores embarazos a antígenos fetales similares.
- Mujeres con transfusiones sanguíneas, y abortos espontáneos.

2) Aumento de la incidencia de Preeclampsia en:

- α Mujeres con cambios de parejas frecuentes.
- α Pacientes inseminadas artificialmente por un donante.
- α El uso de contraceptivos de barrera.
- α Mujeres embarazadas, donde la cohabitación primera con su pareja sucede 12 meses antes de la concepción.

En relación con la patogenia inmunológica, se han estudiado varias teorías:

2.2.3.1 Sistema inmune circulante.- “El embarazo normal conlleva a una modificación cuantitativa y cualitativa de los linfocitos circulantes. Algunos autores consideran que el sistema inmune está alterado en la preeclampsia, la disminución de los linfocitos T parece estar más pronunciada durante la preeclampsia, habiéndose demostrado posteriormente una correlación entre la severidad de la preeclampsia y la disminución de los linfocitos T. En los leucocitos también se sintetizan leucotrienos, que pudieran provocar aumento de la permeabilidad capilar, vasoconstricción y activación secuencial de neutrófilos y de moléculas de adhesión. La producción de leucotrieno B4 está aumentada en la preeclampsia y el incremento de éste podría contribuir a la arteriopatía necrosante de esta enfermedad.” (18)

2.2.3.2 Respuesta inmune humoral.- Varios factores pueden regular las reacciones inmunitarias maternas contra el feto. Las cifras circulantes de Ig G en suero materno están disminuidas en la Preeclampsia, lo cual podría deberse a la proteinuria existente en esta patología.

Los inhibidores inespecíficos, también llamados "Anticuerpos bloqueadores", incluyen hormonas vinculadas con el embarazo y otras sustancias de producción local a partir de células deciduales, trofoblásticas y otras partes fetales el desequilibrio entre ellos, causarían la enfermedad.

2.2.3.3 Neutrófilos.- En la preeclampsia hay activación de neutrófilos desde la placenta, y se restringe sólo al territorio materno. Los neutrófilos activados secretan distintas sustancias tóxicas; elastasas, y otras proteasas que pueden lesionar células endoteliales, membrana

basal y matriz subendotelial. Los niveles séricos de elastasa, son más altos en la Preeclampsia que en embarazos normales. Los niveles de elastasas pueden identificar al grupo de fetos con retardo de crecimiento intrauterino, asociado con una activación exagerada de neutrófilos maternos.

2.2.3.4 Teoría del daño celular endotelial.- Las células endoteliales se unen a la pared del vaso sanguíneo por medio de colágena y de diversos glucosamino-glucanos, incluyendo la fibronectina.

El endotelio está en contacto directo con la sangre, participa en los ajustes homeostáticos del organismo, regula el transporte capilar, participa en el proceso de la hemostasia, y regula la reactividad del músculo liso vascular.

“Se sabe que el Oxígeno y los radicales peróxidos están incrementados en la preeclampsia, los radicales libres, incrementan la expresión de los receptores de la endotelina, potente vasoconstrictor. Este desequilibrio del sistema oxidativo, es uno de los mediadores de las lesiones endoteliales que acontecen en la preeclampsia. Estos sistemas antioxidantes extra e intracelulares son activados durante el embarazo normal. El moderado descenso de los radicales thiol intra y extracelulares, durante el embarazo normal, es exagerado en la preeclampsia y refleja el intenso consumo, frente a la capacidad antioxidante en respuesta a la agresión oxidativa”. (10)

2.2.3.5 Déficit de ácidos grasos esenciales.- El Acido araquidónico es el sustrato de la lipooxigenasa, precursor de 3 series de leucotrienos. Su identificación en tejidos adultos es normalmente utilizada como indicador de comienzo de la deficiencia de Ácidos Grasos esenciales, y está presente en la arteria placentaria humana normal, y en

grandes concentraciones en arterias de fetos cuyas madres padecían Preeclampsia.

2.2.3.6 Alteraciones en los cationes.- La concentración de Calcio intracelular es un importante determinante del tono, contractilidad y reactividad vascular. El Ca intraplaquetario tiende a aumentar en la 2ª mitad del embarazo normal, este es mayor en mujeres con preeclampsia y eclampsia. Se ha visto que la hipocalciuria se asociaba con la preeclampsia. Sin embargo, la suplementación de dietas con calcio ha demostrado reducir los riesgos de preeclampsia. El magnesio intracelular medido en células rojas está disminuido en mujeres con preeclampsia. La administración de Magnesio o antagonistas del calcio en preeclampsia y eclampsia reduce la respuesta presora en estas pacientes. Una baja concentración de zinc también ha sido relacionada con incremento del riesgo de padecer preeclampsia, pero el suplemento de este ión no se ha relacionado con menor riesgo de la enfermedad.

2.2.3.7 Cambios hormonales.- Hay cuatro formas de endotelinas (isómeros), que son potentes como vasoconstrictores, con efectos directos, particularmente en el riñón, y con efectos indirectos en otros sistemas presores como sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona. También se conoce que el péptido natriurético atrial (PAN) está aumentado en la preeclampsia. Se piensa que es un aumento secundario, en respuesta a la elevaciones de cifras tensionales. Curiosamente, las mujeres con preeclampsia establecida, retienen ávidamente Sodio, a pesar de este aumento de PAN, por lo que debe existir una alteración en el funcionamiento de este sistema.

2.2.3.8 Enfermedades autoinmunes.- La incidencia de preeclampsia está aumentada en pacientes con enfermedades en donde existe alteración del sistema vascular: Diabetes, Hipertensión arterial,

colagenosis, y malformaciones uterinas, lo cual implica una alteración de la circulación placentaria.

Algunos anticuerpos antifosfolípidos actuarían bloqueando la activación celular por modificación de la actividad enzimática de la membrana. La prescripción de aspirina en la prevención de la preeclampsia podría actuar a nivel de este bloqueo en las células T. La aspirina incrementa la concentración de Ca^{++} intracelular, y el Ca^{++} es un segundo mensajero, el cual es esencial en señalar la activación celular, especialmente de las células T, aparte de sus efectos sobre las prostaciclina.

2.3. FISIOPATOLOGÍA.

La preeclampsia progresa desde la enfermedad leve hasta la preeclampsia severa, el síndrome de HELLP y eclampsia.

La fisiopatología de la preeclampsia o la eclampsia, se relaciona con los cambios fisiológicos del embarazo, las adaptaciones fisiológicas normales, a este incluyen un aumento del volumen del plasma, vaso dilatación, disminución de la resistencia vascular sistémica, aumento del gasto cardiaco y disminución de la presión coloid-osmótica.

Los cambios patológicos en las células endoteliales de los glomérulos (glomeruloendoteliosis) no son más que un ejemplo. Estas lesiones renales son características de la preeclampsia, en particular en las mujeres nulíparas. El factor principal no es una elevación de la presión arterial sino una mala perfusión como resultado del vasoespasmo.

El vasoespasmo arteriolar disminuye el diámetro de los vasos sanguíneos, lo que impide el flujo sanguíneo a todos los órganos y eleva la presión arterial. La función de órganos como la placenta, los riñones, el hígado y el cerebro está deprimida hasta en un 40 a 60%, el deterioro de

la perfusión placentaria conduce a un envejecimiento degenerativo precoz de la placenta y un posible daño del feto.

La síntesis alteradas de las prostaglandinas pueden ser un factor en la hipertensión inducida por el embarazo, la actividad uterina y la sensibilidad de la oxitocina están elevadas el aumento de la sensibilidad a sus efectos, por tanto debe tenerse en cuenta cuando se usa la oxitocina para la inducción o refuerzo del parto.

“La reducción de la perfusión renal disminuye la tasa de filtración glomerular y conduce a cambios degenerativos glomerulares y oliguria, a través de la orina se pierden proteínas principalmente albúmina. la depuración del ácido úrico está disminuida, sin embargo el nitrógeno ureico, la creatinina sérica y los niveles de ácido úrico se elevan. Hay retención de sodio y agua, la presión coloidosmótica del plasma disminuye a medida que lo hacen los niveles de albúmina sérica. El volumen intravascular se reduce a la vez que sale líquido del compartimiento intravascular y produce hemoconcentración, aumento de la viscosidad de la sangre y edema tisular, el valor del hematocrito se eleva a medida que el líquido abandona el espacio intravascular, por lo tanto a medida que el problema empeora el valor del hematocrito aumenta, una caída del hematocrito acompaña a la mejoría de la situación.” (3)

En la preeclampsia grave el volumen sanguíneo puede caer por debajo de los niveles previos a la gestación, se desarrolla edema severo y se observa un aumento rápido de peso. La disminución de la perfusión hepática produce un compromiso de la función, uno de los signos de inminencia de la eclampsia lo constituyen el edema hepático y la hemorragia subcapsular que la mujer embarazada siente como un dolor epigástrico en el cuadrante superior derecho, la rotura del hígado es una

complicación poco común pero mortal, los niveles de las enzimas hepáticas se elevan como consecuencia del daño hepático.

El vasoespasmo arteriolar y la disminución del flujo sanguíneo de la retina conducen a síntomas visuales como los escotomas (puntos ciegos) y la visión borrosa, esta situación patológica conduce a edema, hemorragia cerebral, aumento de la irritabilidad del sistema nervioso central que se manifiesta como cefalea, hiperreflexia, clonus positivo del tobillo y en ocasiones, el desarrollo de eclampsia, un trastorno potencialmente mortal. Persiste aun el debate sobre si la preeclampsia contribuye o es el resultado de la coagulación intravascular diseminada (CID) o si la CID resulta de la preeclampsia.

La anomalía más común de la coagulación que acompaña a la preeclampsia es la destrucción de plaquetas lo cual provoca trombocitopenia, si la hipertensión es difícil de controlar, pueden presentarse complicaciones cardíacas y pulmonares.

El fallo cardíaco es una causa común de muerte materna atribuible a la preeclampsia, no es frecuente entre las mujeres jóvenes, que por lo demás están sanas, puede haber colapso circulatorio súbito y shock en mujeres con una historia de embarazos con hipertensión de repetición. Se observa una caída rápida en la presión sistólica de 70 mm de Hg o mas unas horas después de que la mujer da a luz, aunque puede presentarse antes o durante el parto.

Por lo general, el edema pulmonar causado por la preeclampsia se asocia con edema generalizado severo, la infusión de líquidos intravenosos es una causa iatrogénica de sobrecarga de líquidos. La presencia de un pulso rápido y débil, aumento de la frecuencia respiratoria, disminución de la presión arterial y estertores pulmonares sugieren fallo cardíaco, puede

prescribirse la digitalización rápida y probablemente la diuresis forzada con furosemida.

El edema pulmonar y el fallo cardiaco congestivo son las únicas indicaciones aceptadas de un tratamiento con diuréticos durante el embarazo, este tipo de terapia reduce el flujo sanguíneo intervelloso, lo que puede muy bien conducir a graves problemas fetales. La afección de la perfusion intravellosa es la principal causa de la morbilidad y mortalidad perinatales asociadas con hipertensión.

2.4. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

En gestantes normales, la tensión arterial tiende a disminuir durante la primera mitad del embarazo. La definición típica de Hipertensión arterial (mayor de 140/90 mm Hg), no puede ser siempre aplicada a las gestantes, ya que tensiones arteriales mayores de 125/75 mm Hg, antes de la 3ª semana de gestación se asocian con incremento del riesgo fetal. Más importante que los valores absolutos es el porcentaje de aumento de tensión. Durante el embarazo se considera anormal una elevación de Tensión Arterial Sistólica mayor de 20 mm Hg, o 10 mm Hg de Tensión Arterial Diastolita.

Los trastornos hipertensivos en el embarazo se clasifican en:

- ✘ Hipertensión inducida por el embarazo.
- ✘ Preeclampsia.
 - Preeclampsia leve.
 - Preeclampsia severa.
- ✘ Eclampsia
- ✘ Hipertensión arterial crónica
- ✘ Hipertensión arterial crónica mas preeclampsia sobre añadida
- ✘ Hipertensión arterial transitoria
- ✘ Síndrome Hellp.

2.4.1 HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO.

“Es el comienzo de la Hipertensión arterial con proteinuria y/o edema a las 20 semanas de gestación. La hipertensión arterial es diagnosticada cuando excede en dos ocasiones separadas al menos 6 horas una de otra, de 140/90 mm Hg, o un aumento de Tensión Arterial Sistólica de al menos 30 mm Hg, o un aumento de Tensión Arterial Diastólica de al menos 15 mm Hg”. (7)

2.4.2 PREECLAMPSIA.

La preeclampsia es una patología en la que la presión arterial se eleva después de la mitad del embarazo y se asocia a edemas y pérdida de proteínas por la orina (proteinuria). A veces, también puede aparecer la preeclampsia cuando existe hipertensión arterial crónica, siendo una complicación de ésta durante el embarazo.

La presión arterial debe ser mayor de 140/90, la proteinuria mayor de 300 mg al día. Los edemas se valoran por la ganancia de un kg. de peso en una semana, edema generalizado o sólo de las extremidades, puede también presentar cefalea, dolor en epigastrio o hipocondrio derecho, fopsias (visión de luces), náuseas y vómitos.

Tienen más riesgo de desarrollar esta patología las mujeres con hipertensión arterial crónica, diabetes, gestaciones múltiples, mola hidatiforme o hidrops fetal y primigestas (primer embarazo).

2.4.2.1 Preeclampsia leve.- La preeclampsia leve es un desorden hipertensivo de la gestación asociado a proteinuria, edema y, en algunas ocasiones, a anormalidades de las pruebas funcionales de la coagulación y/o hepáticas. Se presenta después de las veinte semanas de gestación pero con más frecuencia al final de la misma.

“La hipertensión arterial en la segunda mitad del embarazo, está definida por un incremento en la presión sistólica de 30 mm Hg o más y/o de la presión diastólica de 15 mm Hg o más, por encima del promedio de los valores medidos en la primera mitad del mismo. Si las cifras de presión arterial de la primera mitad del embarazo no se conocen, se acepta como criterio diagnóstico aquellas que superen 140/90 mm Hg, las cuales se caracterizan, además, por normalizarse aproximadamente 10 días después del parto”. (7)

“Esta elevación de la presión arterial se debe establecer, en reposo, en al menos dos determinaciones separadas por 6 horas. La proteinuria es un signo importante que acompaña la enfermedad, siendo usualmente mayor de 300 mg, sin sobrepasar los 3 g, en orina de 24 horas”. (7)

Otro criterio diagnóstico, en este particular, consiste en la detección de una concentración de proteínas mayor de 30 mg/dl, al menos en dos muestras de orina tomadas al azar con 6 horas, o más, de intervalo entre las mismas. El edema gestacional se refiere a la aparición de una acumulación general y excesiva de líquido en los tejidos, por encima de la que se produce, en forma característica, en cerca del 80% de los embarazos normales. En el caso de la preeclampsia leve, el edema sólo involucra los pies y áreas pretibiales hasta marcarse en las extremidades inferiores.

2.4.2.2. Preeclampsia severa.- La preeclampsia severa se caracteriza por la misma tríada con la cual se caracteriza la preeclampsia leve, pero en este caso, la hipertensión arterial cursa con presión arterial media superior a 126 mm Hg (160/110 mm Hg), la proteinuria excede los 5g en orina de 24 horas y el edema es masivo, pudiendo involucrar la cara, las manos, la pared abdominal y sacra e, inclusive, generalizarse a ascitis o anasarca.

Además puede cursar acompañada de la presencia de un volumen urinario menor de 400 ml en 24 h, un conteo plaquetario menor de 100 000/mm³, coagulación intravascular diseminada, edema pulmonar y/o manifestaciones por compromiso neurológico, como cefaleas, hiperreflexia y trastornos visuales y auditivos, todo ello, implicando un grave deterioro de la paciente. Más aún, si existe dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen o a nivel del epigastrio, el cuadro clínico pudiera involucrar un compromiso hepático.

En una mujer con preeclampsia severa se pueden desarrollar abrupcio placentae, coagulación intravascular diseminada (CID), trombocitopenia, edema pulmonar, insuficiencia cardiaca congestiva, hemorragia cerebral, necrosis, hepática o insuficiencia renal.

SEVERIDAD DE LA PREECLAMPSIA		
ANORMALIDAD	LEVE	SEVERA
MATERNAL		
✗ Presión Sanguínea Sistólica mm Hg	<160 mm Hg	>160-180
✗ Presión Sanguínea diastolita o mas	<160 mm Hg	110 mm Hg
✗ Proteinuria	1-2 +	3-4 +
✗ En orina recolectada en 24h	300mg	5mg
✗ Oliguria (<500 ml/24h)	Ausente	Presente
✗ Edema Pulmonar	Ausente	Presente
✗ Trombocitopenia	Ausente	Presente
✗ Dolor de Cabeza	Ausente	Presente
✗ Disturbios Visuales	Ausente	Presente
✗ Elevación de Enzimas Hepáticas	Mínima	Marcada
FETAL		
Disminución del Crecimiento	Ausente	Presente

2.4.3 ECLAMPSIA

Es el desarrollo de convulsiones o coma en mujeres con signos y síntomas de preeclampsia (amnesia, dolor epigástrico, hiperreflexia o clonus antes de una convulsión), a partir de las 20 semanas de gestación y en los 14 días siguientes del posparto.

Las convulsiones eclámpticas inician con contracciones faciales y tiene dos fases:

2.4.3.1 Fase Tónica.- La paciente arquea la espalda, los músculos se contraen y se vuelven rígidos, la mandíbula se cierra con fuerza ocasionando lesiones, los músculos torácicos se contraen con fuerza y la respiración se detiene temporalmente. Al cabo de 15 a 20 min. inicia la fase clónica.

2.4.3.2 Fase Clónica.- Los músculos se contraen y relajan de forma alternada, durante esta fase continúa la cianosis, en ocasiones apnea, a veces con incontinencia de orina y heces, va seguida de coma que si no se trata puede terminar en otra convulsión.

Luego de una convulsión se produce hipoxia y acidosis tanto en la mujer como en el feto, esto puede durar varias horas.

La recuperación comienza con la aparición de una diuresis superior a 100 ml/h durante más de dos horas, el riesgo de convulsiones continúa cuando la T/A es elevada.

2.4.4 HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA

Existe hipertensión arterial crónica cuando la TA es de 140/90 mm Hg antes del embarazo, o antes de la semana 20 de la gestación y persiste

después de la sexta semana del parto. En este caso la hipertensión no va asociada al embarazo pero puede agravarse con él.

Se observa en pacientes con antecedentes de hipertensión arterial y habitualmente múltiparas. Siendo una enfermedad crónica persiste en el período del post parto. El 90% de los casos obedece a hipertensión arterial esencial y el 10% restante a hipertensión arterial secundaria.

2.4.4.1 La hipertensión esencial.- En su patogenia participan diversos factores hereditarios y ambientales. Se ha descubierto, por ejemplo, que en estos pacientes existe mayor concentración de sodio intracelular, el que sería secundario a un defecto hereditario en las ATPasas de membrana. Entre los factores ambientales, destaca la dieta y el estrés. Así, por ejemplo, se ha establecido una asociación entre hipertensión arterial y dieta rica en cloruro de sodio y también una relación inversa entre ingesta de potasio e hipertensión. Cabe destacar que el consumo elevado de sal, es un factor que coopera al desarrollo de HTA pero no es suficiente por si sólo para generar HTA. Otro factor importante a considerar es el consumo excesivo de alcohol. También la obesidad es una causal de HTA, ya que esta genera resistencia insulínica y un aumento de la secreción de insulina, la cual genera cambios a nivel vascular aumentando la resistencia sistémica y por ende la PA.

2.4.4.2 Hipertensión arterial secundaria, mencionadas en orden de frecuencia, son:

a) nefropatías agudas o crónicas: por retención de líquido y aumento de la volemia y por ende aumento del gasto cardiaco por incremento de la precarga.

b) hipertensión renovascular: al riñón le llega menos sangre lo que es percibido por el mismo como hipovolemia

secretando sustancias vasoconstrictoras que favorecen la retención de líquido y aumento de la volemia.

c) Coartación aórtica, por aumento de la resistencia periférica.

d) Hiperaldosteronismo primario, por exceso de mineralocorticoides (aldosterona, por Ej.) lo que induce retención de sodio y agua e incremento de la volemia.

e) Síndrome de Cushing por exceso de glucocorticoides, más frecuentemente por administración exógena y el feocromocitoma (tumor secretor de adrenalina o noradrenalina).

Respecto a la fisiopatología de la **hipertensión arterial secundaria** cabe destacar algunos conceptos:

a) Aunque su denominador común es el aumento de la resistencia periférica, esta no se correlaciona en absoluto con un determinado volumen del espacio extracelular. En algunos casos este se reduce (feocromocitoma) y en otros sube (tumor secretor de aldosterona). Aún más, en el embarazo normal se puede observar el fenómeno inverso: la expansión del líquido extracelular se asocia con una leve hipotensión arterial.

b) La coartación aórtica es particular: la presión arterial es alta en las extremidades superiores pero no en las inferiores. El mecanismo hipertensor exacto se desconoce pero existe desproporción entre el gasto cardíaco y el tamaño del árbol vascular que lo recibe.

En ocasiones y a consecuencia de los cambios hemodinámicos y vasculares propios del embarazo, las pacientes hipertensas crónicas pueden presentar una ligera mejoría en las cifras de presión arterial lo que debe ser interpretado con cautela en especial con relación al tratamiento medicamentoso que puedan estar recibiendo. Este puede readecuarse

pero no suspenderse, pues al sobrepasar las 20 semanas de gestación las cifras tensionales vuelven a sus valores habituales o incluso empeoran.

”Las pacientes hipertensas crónicas de larga data, mayores de 40 años y con TA de 160/110 mm Hg tienen un mayor riesgo de ver agravada su enfermedad hipertensiva. Presentan además una mayor probabilidad de presentar preeclampsia sobreagregada, accidentes vasculares, insuficiencia cardíaca y renal y desprendimiento prematuro de placenta. Entre las complicaciones fetales puede existir retardo del crecimiento intrauterino y prematuridad con el consiguiente aumento en la morbi-mortalidad neonatal”. (7)

En el control de pacientes hipertensas crónicas una evaluación multisistémica con hemograma, perfil bioquímico, clearance de creatinina, orina completa, proteinuria de 24 horas y examen de fondo de ojo. La aparición de preeclampsia sobreagregada puede sospecharse por la agravación de las cifras de presión arterial y por la aparición de proteinuria y disminución del clearance de creatinina.

Con una evolución clínica y de laboratorio favorables, la interrupción del embarazo se plantea entre las 37 y 38 semanas. En casos severos o de preeclampsia sobreagregada los criterios de interrupción son semejantes a los empleados en pacientes con preeclampsia severa.

2.4.5. HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA MAS PREECLAMPSIA SOBRE AÑADIDA

La enfermedad se desarrolla en la gestación en mujeres con hipertensión moderada a grave antes del embarazo y evoluciona hacia la aparición de crisis con mayor rapidez que en otras mujeres. En este grupo se

producen con frecuencia insuficiencia renal grave, abrupción placentaria y nacimiento de niños muertos.

En mujeres que ya tienen hipertensión la preeclampsia tiende a recurrir en alrededor del 30 al 40 % de los casos con cada embarazo posterior. Por lo que la hospitalización es la forma más segura de atender a estas mujeres.

Se sospecha por una agravación en la sintomatología hipertensiva con aumento en las cifras de presión arterial, presencia de cefalea, fatiga, edema generalizado, oliguria, proteinuria y exaltación neurosensorial. El examen de fondo de ojo puede demostrar vasoconstricción y/o edema de papila agregado a las lesiones preexistentes. En el laboratorio destacan la aparición o agravamiento de la proteinuria en orina de 24 horas, descenso en el clearance de creatinina, hiperuricemia y aumento del hematocrito lo que sugiere un estado de hemoconcentración.

2.4.6. HIPERTENSIÓN ARTERIAL TRANSITORIA.

La hipertensión arterial transitoria se define como el desarrollo de hipertensión durante el embarazo o en las primeras 24 horas del posparto, sin otros signos de preeclampsia o hipertensión existente.

La hipertensión se desarrolla porque la mujer tiene cierta predisposición para la hipertensión; bajo el estrés cardiovascular del embarazo, tiene signos claros de una enfermedad que puede desarrollar en etapas posteriores de la vida.

La tensión arterial aumenta durante el embarazo, aunque no se desarrolla ni edema ni proteinuria. En estas mujeres el tratamiento es sintomático, con reposo suficiente y dieta controlada que incluye cantidades

añadidas de líquidos, control de los niveles de TA. Habitualmente no se producen efectos adversos sobre el feto.

2.4.7 SÍNDROME DE HELLP.

“El síndrome HELLP significa (H: hemólisis; EL: elevación de las enzimas hepáticas y LP: plaquetopenia < de 150.000/mm³), aparece en cualquier momento a partir de las 28 semanas o luego de 72 a 96 horas del nacimiento, con mínima hipertensión arterial, descenso en el conteo de plaquetas, y pequeñas elevaciones de las enzimas hepáticas. Esta forma puede progresar rápidamente, con riesgo de síndrome de distrés respiratorio, convulsiones, hematoma hepático, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, por lo que constituye una emergencia y requiere la rápida terminación de la gestación”. (3)

El primer signo es presencia de dolor epigástrico, presiones diastólicas por encima de 90 mm Hg y más de +2 de proteinuria, las enzimas hepáticas están elevadas en las relaciones clásicas de LDH>AST>ALT. Los niveles plaquetarios pueden ser inferiores a 50.000/mm³ (clase I) o situarse por debajo de 100.000/mm³ (clase II). Los niveles de hematocrito siguen el proceso microhemolítico.

Estas pacientes tienen aspecto de enfermedad grave y en ocasiones presentan convulsiones bruscas o bien se recuperan con el tratamiento de la HIE en cuestión de 4 a 5 días. El peligro continua hasta que los recuentos placentarios y las enzimas hepáticas vuelvan a la normalidad.

2.5. MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

El control precoz y periódico del embarazo, con evaluación de los parámetros clínicos y analíticos constituye un buen método de diagnóstico.

2.5.1. La anamnesis.- Investiga la presencia de HTA previa al embarazo o durante él, la aparición de edemas, el incremento del peso en una semana superior a 0,5 gr., así como la existencia de factores de riesgo: edad, clase social, paridad, gemelaridad, hidramnios, tabaco o dieta.

2.5.2.- Examen físico general.- Con medición de la tensión arterial en posición sentada, con el brazo situado a la altura del corazón, evitando factores extrínsecos que puedan modificarla, confirmando mediante dos tomas separadas al menos en 6 horas. Exploración neurológica completa, estudio del fondo de ojo y el EKG.

2.5.3.- Hemoglobina y hematocrito.- La hemoconcentración apoya el diagnóstico de PEE y es un indicador de gravedad. Sin embargo, los valores pueden estar reducidos si la enfermedad se asocia a hemólisis. El frotis sanguíneo nos permite observar la existencia de anemia microangiopática (esquistositos), que apoyaría el diagnóstico de PEE.

2.5.4.- Estudio de coagulación: recuento de plaquetas (los niveles reducidos sugieren una PEE grave). La concentración de fibrinógeno suele ser normal o ligeramente elevada, siendo rara encontrar niveles de fibrinógeno menores de 200 mg/dl. El tiempo de trombina puede alargarse hasta en un 50%.

2.5.5.- Bioquímica: Los niveles de ácido úrico disminuyen normalmente al comienzo del embarazo, manteniéndose bajos durante el segundo trimestre, para aumentar después lentamente a lo largo del tercer trimestre hasta alcanzar al término del embarazo niveles cercanos a los de las no gestantes. En la mayoría de los casos de la PEE leve o moderada los niveles de ácido úrico son similares de las pacientes normotensas a término. La elevación marcada del ácido úrico, el BUN y la creatinina solo se da en la PEE grave. La elevación de las enzimas

hepáticas indica daño hepático al igual que la LDH que además estaría asociada a la presencia de hemólisis y sugiere gravedad.

2.5.6.- Orina.- Proteinuria de 24h así como el estudio del sedimento urinario. La albúmina puede estar disminuida en ausencia de proteinuria intensa y esto puede ser debido a la presencia de fugas capilares o la disfunción hepática. Las mujeres con riesgo elevado de PEE tienen un aumento de la excreción de calcio en orina de 24 horas.

2.6.7.- Ecografía basal.- En las mujeres con PEE moderada o grave, es frecuente registrar dimensiones correspondientes a una edad entre 2 y 4 semanas menor de la esperada, que sugieren la presencia de un crecimiento fetal intrauterino retardado. Las relaciones cabeza/abdomen y fémur/abdomen suelen ser anormalmente elevadas en estos casos.

2.5.8.- La prueba de monitorización fetal no estresante (PNE) y la prueba estresante de respuesta a las contracciones.- resultan útiles cuando se requiere una rápida evaluación fetal. La PNE se realizará al menos cada semana, si la madre refiere disminución de los movimientos fetales o existen indicios clínicos o ecográficos de crecimiento intrauterino retardado.

2.6 TRATAMIENTO

El control y tratamiento de la preeclampsia reposa en dos pilares:

- Diagnóstico precoz, ya que la preeclampsia grave conlleva un riesgo para la madre y el feto.

- Valoración adecuada del ritmo de progresión para prevenir las complicaciones maternas, sopesando el bienestar y la madurez fetal.

2.6.1 Preeclampsia leve

En pacientes a término se debe terminar la gestación, no debiéndose continuar más allá de la 40 semana, incluso en presencia de condiciones del cuello desfavorables.

En gestantes pretérmino con preeclampsia leve, lo apropiado es el tratamiento conservador hospitalario o ambulatorio. En estas pacientes hay que controlar la presión arterial, proteinuria, función renal y hepática, así como recuento de plaquetas. En el feto hay que controlar de forma seriada el crecimiento fetal y su bienestar, con realización periódica de test no estresante (TNS), estudio de la circulación fetal con Doppler al menos en una ocasión, y exploraciones ecográficas para valorar crecimiento fetal, índice de líquido amniótico (LA) y perfil biofísico. La frecuencia óptima de las exploraciones no ha sido establecida y depende de la edad gestacional, y de la condición materna y fetal.

2.6.1.1 Aspectos del tratamiento en la preeclampsia leve

El tratamiento no influye en el curso de la enfermedad, y por tanto, ningún fármaco hipotensor previene la evolución a preeclampsia grave. No se ha podido demostrar de forma concluyente el beneficio de administrar hipotensores en la preeclampsia leve. Por lo tanto, el tratamiento no farmacológico es una posibilidad en caso de que no existan complicaciones y de que se decida la continuación de la gestación, si se dispone de experiencia y de la posibilidad de un seguimiento estricto de las pacientes, teniendo en cuenta los niveles de presión arterial, edad gestacional y factores de riesgo maternos y fetales.

El tratamiento no farmacológico se considera especialmente en pacientes con cifras de presión arterial diastólica entre 90-99 mmHg y sistólica entre 140-150 mmHg, medidas en un entorno clínico.

El tratamiento hipotensor en la preeclampsia leve, se inicia cuando la presión arterial diastólica es superior a 100 mmHg.

En el caso de administrar hipotensores, la finalidad es mantener la presión arterial diastólica entre 80 a 90 mmHg y por lo tanto el control de la presión arterial debe seguir siendo estricto.

Los fármacos de administración oral sobre los que se dispone de mayor experiencia y más utilizados son:

- metildopa, 250-500 mg/ 8-12 horas
- hidralazina, 10-20 mg/ 6 horas
- labetalol, 50-100 mg/ 6 horas
- nifedipina, 10 mg/ 6-8 horas

Ninguno de estos fármacos es superior a los otros, y como se ha comentado, ninguno actúa sobre el curso de la enfermedad, por lo que la utilización de cualquiera de ellos como primera opción es correcta, y se aconseja utilizar siempre el fármaco con el que se disponga de mayor experiencia. Las dosis mencionadas corresponden a las necesarias habitualmente para el manejo de hipertensión leve.

2.6.2 Preeclampsia grave

Ante una paciente que se presente con un cuadro de hipertensión grave persistente, de forma general y con algunas matizaciones que se detallarán más adelante, el protocolo aconsejado es el siguiente:

1º Establecer tratamiento hipotensor endovenoso

2º Establecer tratamiento anticonvulsivante endovenoso

3º Valoración del estado materno y fetal.

Si, a pesar del tratamiento no se controla la hipertensión arterial, o existen pródromos de eclampsia o existen signos de sufrimiento fetal agudo, debe finalizarse la gestación inmediatamente, independientemente de la edad gestacional.

En caso de controlar la hipertensión y no darse los otros supuestos, la conducta depende de la edad gestacional:

- Gestación igual o superior a 34 semanas debe finalizarse la gestación.

- Gestación menor a 34 semanas debe intentarse prolongar la gestación un mínimo de 48 horas con el fin de administrar glucocorticoides para favorecer la madurez fetal y mejorar el pronóstico fetal.

Dado que el objetivo de prolongar la gestación es siempre en beneficio fetal, la actitud en las diferentes semanas de gestación puede variar, aunque las consideraciones aquí indicadas son orientativas al no existir datos concluyentes sobre la conducta más beneficiosa:

2.6.2.1 Control y seguimiento de la preeclampsia grave

El control y seguimiento de la preeclampsia grave será siempre el mismo independientemente de la edad gestacional.

a.- Mantenimiento del tratamiento hipotensor.- Una vez controlada la presión arterial, debe mantenerse el tratamiento en los intervalos de dosis indicados e individualizando cada caso según su evolución. El riesgo de hipoperfusión uteroplacentaria (efectos fetales) producido por los hipotensores, y que podría ser fatal para un feto previamente comprometido, está ligado a la sobredosificación más que al efecto del fármaco, por lo que es muy importante no descender demasiado la tensión arterial. El objetivo del tratamiento hipotensor en la

preeclampsia severa es mantener la tensión arterial diastólica entre 90 y 100 mmHg. (11)

Episodio agudo

Fármacos de elección:

- Hidralazina 5 mg iv durante 1-2 min, si no hay efecto a los 10 min repetir dosis hasta un máximo de 4 dosis. Si no hay respuesta después de administrar un total de 20 mg pasar a otro agente.
- Labetalol 20 a 80 mg iv, (bolo 50 mg en 2-3 min), que se puede repetir pasados 10 min hasta 4 veces. Seguido de infusión de 60 mg/h, doblando la dosis cada 15 min hasta la obtención de respuesta o hasta alcanzar una dosis máxima de 480 mg/h y 2400/24 horas.

Pauta de mantenimiento

(Pueden adicionarse los tratamientos ante la falta de control).

- Hidralazina 10 mg/8 h. aumentando hasta 20/6 h
- Labetalol 50 mg /6 h, aumentando hasta 800/6 h.
- Metildopa 250 mg/12-8 h, aumentando hasta 750/8 h.
- Nifedipina retard 10 mg /12 h, aumentando hasta 30 mg/12 h.

b.- Mantenimiento del tratamiento anticonvulsivante.- En caso de haber iniciado tratamiento anticonvulsivante y no finalización a corto plazo de la gestación, debe ser interrumpido si se continúa con la gestación, para reiniciarlo ante la aparición de signos de deterioro materno o se programa la finalización en 24-48 horas, realizando el seguimiento respectivo a la madre y al feto.

El control materno consiste en:

- Presión arterial al menos cuatro veces al día.
- Evaluación diaria de diuresis y peso.
- Control habitual de reflejos, presencia de clínica neurológica y/o dolor epigástrico.
- A intervalos de 48 horas o al menos dos veces por semana: plaquetas, función hepática y renal (proteinuria en 24 horas y en plasma, ácido úrico y creatinina).

El control fetal se valorará mediante:

- Control diario de líquido amniótico.
- Doppler: el estudio de la arteria umbilical ofrece poca información para el control a corto plazo.
- Ecografía para estimar el tamaño fetal (que en caso de prolongarse la gestación por más de 15 días se repetirá).

El control fetal incluye la administración de glucocorticoides (betametasona 12 mg/24h 2 dosis), repitiendo la dosis semanalmente si prosigue la gestación.

c.- Utilización de anticonvulsivantes en la preeclampsia.

El tratamiento de elección para la profilaxis o el tratamiento de crisis convulsivas asociadas a preeclampsia es el sulfato de magnesio. Diferentes ensayos clínicos aleatorizados han demostrado la superioridad del sulfato de magnesio ya que reduce la aparición o recurrencia de crisis convulsivas respecto a Diazepam (57%) y fenitoina (67%), con disminución de la mortalidad materna.

No obstante, a pesar del tratamiento adecuado con sulfato magnésico no se evita de forma absoluta la posibilidad de aparición o recurrencia de nuevos episodios. Hay que recordar que es un medicamento muy efectivo pero también peligroso sin un control estricto de su dosificación y de los criterios clínicos de sus efectos tóxicos, ya que podría producir un paro cardiorespiratorio.

El mecanismo de acción propuesto sería la atenuación de la isquemia cerebral, ya que produce vasodilatación cerebral en gestantes, atenúa y revierte el vasoespasmo experimental, produciendo una hipotensión transitoria y bloqueo de los mecanismos de daño neuronal asociados a la isquemia.

Indicaciones:

➤ **Preeclampsia grave:** no hay datos concluyentes acerca de si el sulfato de magnesio debe utilizarse en todos los casos de preeclampsia grave, especialmente en aquellos casos con cifras límites en el rango de la hipertensión grave y en los que la hipertensión se controla rápida y fácilmente. Ante la duda, se considera siempre razonable iniciar tratamiento. En todo caso, se considera indicación de tratamiento en cualquier paciente:

- Previsión de parto en menos de 24-48 horas
- Pródromos de eclampsia

➤ **Preeclampsia grave:**

- Dosis de carga: 4 g i.v. en 5-20 minutos.
- Mantenimiento: 1g/hora inicialmente, ajustando la dosis en función de los controles

2.6.3 Eclampsia

Las convulsiones eclámpicas amenazan la vida y debe considerarse como una urgencia vital. Pueden producirse antes del parto, durante o después del mismo y puede aparecer aún con niveles de hipertensión no consideradas graves.

Los principios básicos del manejo de una crisis de eclampsia son:

2.6.3.1.- Soporte de las funciones vitales maternas. Asegurando vía aérea para oxigenar a la madre y evitar lesiones, y vía venosa para administrar fármacos.

2.6.3.2.- Control de la hipertensión en un rango seguro con los mismos criterios que para la preeclampsia grave. Debe realizarse al mismo tiempo o incluso antes que el tratamiento anticonvulsivante.

2.6.3.3.- Control de las convulsiones y prevención de la recurrencias. Tratamiento anticonvulsivante. Utilización de sulfato magnésico.

2.6.3.4.- Corrección de la hipoxemia materna y acidosis en caso de existir.

2.6.3.5.- Inicio del proceso de parto, una vez estabilizada la situación. Este aspecto es de gran importancia, ya que una vez controlada o finalizada la crisis convulsiva, es aconsejable disponer de la máxima información para estabilizar al máximo la paciente y finalizar la gestación en las mejores condiciones posibles, lo cual incluye la valoración de un traslado a otro centro si con esto se mejora la probabilidad de atenciones a la madre o al feto.

2.6.4 Síndrome de HELLP

Cuando se diagnostica o se sospecha un síndrome de HELLP la gestante debe ser remitida a un centro de tercer nivel, ya que la vigilancia y los posibles tratamientos necesitan grados de vigilancia y tecnología propia de estos hospitales.

Una vez ingresada la paciente y comprobado el diagnóstico se debe:

2.6.4.1. Estabilizar a la gestante, sobre todo en lo que toca a alteraciones de la coagulación y en el tratamiento de la hipertensión si ésta existe.

2.6.4.2 Comprobar la situación de bienestar fetal con perfil biofísico, y estudio con Doppler de la hemodinámica feto-placentaria.

2.6.4.3 Una vez que tenemos los datos de los dos anteriores tomar la decisión de acabar la gestación una vez hayamos comprobado la madurez pulmonar fetal.

El diagnóstico del Sd de HELLP no supone una cesárea de urgencia, decisión que podría ser peligrosa para la madre o para el feto. Una vez estabilizada la madre y valorado el estado del feto, se deberá tomar la decisión de extraerlo o no.

Si la gestante inicia el parto éste se puede permitir por vía vaginal al igual que si las condiciones del cuello son favorables se puede iniciar una inducción. Si no lo son pueden mejorarse las condiciones del mismo con prostaglandinas intracervicales siempre que la situación sea estable. Si la gestación fuera de menos de 32 semanas a menos que las condiciones sean muy favorables y la presentación cefálica, será aconsejable realizar una cesárea.

2.6.5.- Hipertensión crónica del embarazo.- Una vez diagnosticada correctamente, el manejo clínico irá orientado a vigilar las cifras de tensión arterial de forma periódica, a descartar la aparición de signos de preeclampsia sobreañadida (puesto que este grupo es el que va a presentar mayores riesgos para la madre y para el feto), y a controlar los efectos de la hipertensión sobre el crecimiento y bienestar fetal.

2.6.5.1 Control materno.- La vigilancia médica dependerá de la evolución pero en general será cada dos semanas hasta la semana 30 y después semanalmente, con el objeto de diagnosticar precozmente la posible aparición de preeclampsia sobreañadida.

Para ello los datos más importantes a controlar en cada consulta van a ser las cifras de tensión arterial, que se debe tomar ambulatoriamente dos veces a la semana y acudir a la consulta en caso de elevación comprobada, y la aparición de proteinuria, cuando no existía previamente, ya que los edemas, como hemos dicho antes, no son un dato fiable, aunque se controlarán junto al incremento de peso.

Además, en el análisis a realizarse en cada trimestre se incluirán las determinaciones de plaquetas, ácido úrico, creatinina y transaminasas.

La hospitalización se llevará a cabo en los casos de comprobarse signos de preeclampsia o TA de difícil control.

2.6.5.2 Control fetal.- La vigilancia del bienestar fetal se establecerá de forma periódica según las pautas habituales orientados no sólo a comprobar el bienestar fetal sino también el crecimiento.

A partir de la semana 20 se realizarán ecografías cada 4-6 semanas para comprobar el crecimiento fetal.

2.6.5.3 Terapéutica farmacológica

- **Antihipertensivos.-** “El tratamiento antihipertensivo debe ser estudiado de manera individual y en aquellos casos con medicación previa al embarazo se debe seguir ésta, siempre que no existan contraindicaciones para su empleo en la gestación. En general, a menos que se utilicen fármacos de los que se conozca bien su inocuidad, es recomendable: (alfa-metildopa, hidralazina, labetalol, y nifedipina)”.(1)

- **Diuréticos.-** En la preeclampsia no están indicados, pero en la hipertensión crónica pueden utilizarse en las hipertensiones sodio-dependientes. En general se tiende a evitarlos, pero si es preciso en el caso citado, o en situaciones hipertensivas graves (con fallo cardíaco o renal) pueden utilizarse, aunque se deben suprimir si aparece preeclampsia sobreañadida por la repercusión negativa que tiene sobre la perfusión útero placentaria. Preferentemente se utiliza la furosemida administrada por vía oral y en casos extremos por vía intravenosa.

2.7 CALIDAD DE ATENCIÓN

La calidad de la atención es un componente prioritario que requiere de especial interés, debido principalmente a que en esta sociedad los aspectos relacionados con la opinión del usuario, han sido considerados como una responsabilidad propia del paciente, dejando prácticamente de considerar la importancia de las actitudes, prácticas y responsabilidades que son propias de los usuarios y la comunidad.

Uno de los modos de mejorar la calidad de los servicios de salud se da al atender las quejas o sugerencias expresadas por el usuario o su familia.

El personal de salud debe considerar las circunstancias en que se produce la atención de los pacientes comprendiendo la complejidad de muchas situaciones, lo que permitirá a las instituciones de salud y a su personal tener una actitud de mayor aceptación, ofrecer condiciones de accesibilidad, un ambiente cálido y saludable con una atención de mayor calidad técnica y humana favoreciendo al usuario.

2.7.1 Definición

La OPS/OMS propone como definición de calidad de las instituciones:

- “Alto grado de satisfacción por parte de los usuarios externos”. (8)
- “Un mínimo de riesgo para los usuarios externos e internos”. (8)
- “Alto nivel de excelencia profesional”. (8)
- “Uso eficiente de los recursos de las instituciones”. (8)

Tomando como referencia estos conceptos de calidad de atención en salud podemos definir lo siguiente:

Calidad de atención es satisfacer las necesidades y requerimientos del cliente con eficacia y eficiencia más allá de lo que este pueda esperar tomando en cuenta aspectos fundamentales como son el humanitario, espiritual y técnico científico, con el propósito de disminuir la morbi-mortalidad materno – fetal.

2.7.2 TIPOS DE CALIDAD

En el caso de las instituciones de salud su producto son servicios que tienen las características de ser intangibles y se pueden identificar dos tipos de calidad:

2.7.2.1 Calidad técnica: es la aplicación de la ciencia y tecnología médica de forma que maximice los beneficios de la salud, sin

aumentar de forma proporcional los riesgos en la atención mediante el cual se espera poder proporcionar al usuario externo el máximo y mas completo bienestar, logrando un equilibrio mas favorable de riesgo y beneficio.

2.7.2.2 La calidad sentida: Es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios externos después de utilizar los servicios de calidad de la institución. Está en la subjetividad y debe ser explicada por ellos.

Calidad es el cumplimiento de las normas técnicas y la satisfacción de las necesidades sentidas de los usuarios. Relaciona la entrega amable y respetuosa de los servicios con un contenido técnico.

Mejorar la calidad implica un proceso de búsqueda de los medios que modifiquen la calidad sentida de los usuarios.

La calidad de los servicios es una variable estratégica esencial y una fuente competitiva dentro del mercado ya sea privado o pública.

El servicio en sí mismo es un valor y el personal surge como una herramienta primordial para lograr la satisfacción del usuario.

a) Satisfacción.- es la medida en que las prestaciones y servicios sanitarios son aceptados por los propios usuarios y por la población en general.

b) Satisfacción del usuario: el usuario está satisfecho si sus necesidades reales o percibidas, son cubiertas.

2.7.3 DISEÑO DE LA CALIDAD

Define la misión de la organización, incluyendo sus clientes y servicios, provee los medios, recursos y determina los estándares a aplicar en la prestación del servicio.

Los elementos básicos del diseño de la calidad de atención son:

2.7.3.1 Disponibilidad y ofertas de insumos.- La calidad del servicio de salud se mejora cuando se puede ofrecer una mayor variedad de insumos disponibles, en cuanto mayor número de insumos, mayor será la posibilidad de satisfacer las necesidades del paciente.

Aun cuando el servicio de salud cuente con todos los insumos, en ocasiones no se encuentran realmente disponibles por problemas de logística, almacenamiento, falta de personal capacitado para ofrecer estos insumos. Es muy importante eliminar estas barreras para que los clientes tengan un acceso real a todos los servicios.

2.7.3.2 Información al cliente.- Calidad es responder a la necesidad del cliente, el primer paso al atender a un cliente debe ser escucharlo para determinar cuáles son sus deseos y necesidades para darle la información necesaria.

Debe evitarse darle mucha información y saturarlo, es mejor dar una información concreta y precisa para que el cliente entienda sobre su situación de salud.

2.7.3.3 Capacidad técnica del prestador de servicios.- La capacidad técnica abarca los conocimientos prácticos y habilidades que el prestador de servicios debe tener para proveer los servicios de salud.

La falta de capacitación técnica puede traer consigo riesgos a la salud, dolor innecesario, infecciones o complicaciones, estos riesgos pueden con llevar al temor y a disminuir la afluencia de la población usuaria.

2.7.3.4 Relaciones interpersonales con el cliente.- Los clientes deben sentirse bien tratados durante su permanencia en el servicio de salud por todas las personas que interactúen con el, en todo momento el personal debe mostrar una actitud de atención, interés por servir, respeto y amabilidad para que el usuario se sienta a gusto y con deseos de regresar.

Para lograr la calidad en la comunicación interpersonal se debe tomar en cuenta los siguientes pasos:

- a) Establecer una relación cordial
- b) Identificar las necesidades del usuario
- c) Responder las necesidades del usuario
- d) Verificar el entendimiento del usuario
- e) Mantener la cordialidad de la relación.

La practica de una buena relación interpersonal incrementara el nivel de satisfacción y atraerá a un numero mayor de usuarios, lo que revertirá en el desarrollo de la cultura sanitaria en la comunidad.

2.7.3.5 Mecanismos de seguimiento al cliente.- Los programas de salud tendrán éxito en la medida que mantengan el contacto con el cliente después de la consulta inicial, los prestadores de servicios pueden ayudarlos a superar dificultades, hacer mas probable la asistencia al servicio de salud.

Cada programa debe establecer mecanismos de seguimiento a los clientes dependiendo de las circunstancias y los medios que tengan a su disposición.

2.7.3.6 Constelación y organización de los servicios

Este elemento significa que los elementos de salud deben organizarse de tal manera que sean satisfactorios para los usuarios, que respondan a sus conceptos de salud y a sus necesidades preexistentes.

Existen muchas maneras de mejorar:

- Disminuyendo el tiempo de espera.
- Ofreciendo diversidad de servicios de salud.
- Haciendo cómoda y agradable la estancia del cliente durante su visita.
- Dándole atención y el tiempo necesario para aclarar sus dudas.
- Ofreciendo precios accesibles

2.7.4. DIMENSIONES

2.7.4.1 Dimensión técnico científica.- Aplicación de la ciencia y tecnología de salud para la práctica de procedimientos clínicos, adecuados y oportunos que garanticen servicios seguros a los usuarios dentro de la balaza riesgo beneficio.

2.7.4.2 Dimensión humana.- Parte fundamental de la atención en salud ya que la razón de ser del servicio de salud es el ser humano como un todo biosicosocial.

2.7.4.3 Dimensión administrativa.- Referida al llenado de formularios que se relacionan con los proceso de atención de que dispone la organización.

2.7.4.4 Dimensión de infraestructura.- Influye las características del lugar, como son: condiciones físicas, de limpieza, iluminación y ventilación del ambiente

2.7.5 POLÍTICAS DE CALIDAD

Es el conjunto de directores y objetivos generales relativos a la calidad expresadas formalmente, son principios generales que requieren la actuación de una organización.

2.7.5.1 La gestión de la calidad: es aquel aspecto de la función directiva que determina y aplica la política de calidad y comprende tres procesos: planificación, organización y control.

➤ **La planificación de la calidad:** Constituye el proceso de definición de las políticas de la calidad, generación de los objetivos y establecimiento de estrategias para alcanzarlos.

➤ **La organización para la calidad:** Es el conjunto de estructura organizativa, procesos, recursos para gestionar la calidad y es la división de funciones, tareas y su coordinación.

➤ **Control de la calidad:** Abarca las técnicas y actividades de carácter operativos utilizados en la verificación del cumplimiento de los requisitos relativos a la calidad, es el proceso a través del cual se puede medir la calidad real, compararla con las normas y actuar sobre diferencia.

2.7.5.2 La mejora de la calidad: Supone la creación organizada de un cambio ventajoso, no sólo es eliminar los esporádicos

de mala calidad de los objetos de control, sino un proceso planificado de búsqueda de perfeccionamiento.

2.7.5.3 Sistema de calidad: Es el conjunto de la estructuras de la organización, responsabilidad los procedimientos y los recursos disponible para llevar a cabo la gestión de calidad.

2.7.5.4 La garantía de la calidad: Sistemas de aseguramiento de la calidad, un conjunto de acciones planificadas y sistematizadas por la empresa dirigidas a asegurar que la calidad producida satisfaga las necesidades del consumidor.

2.7.5.5 La calidad total: es el conjunto de principios de estrategias globales que intenta movilizar a todas las empresas con el fin de obtener una mejor satisfacción del usuario al menos costo posible.

Los dos pilares básicos de la calidad total son:

- **Orientaciones al cliente externo:** Es el consumidor final de los productos o servicios que le ofrece el cliente interno para satisfacer sus necesidades.

- **Orientación al cliente interno:** Es la persona que necesita de recursos e insumos para ofrecer servicio de calidad al consumidor final.

2.7.5.6 La ausencia de la calidad

- Servicios de poca calidad causan insatisfacción de los usuarios.
- La insatisfacción de los usuarios ocasiona poca demanda de los servicios, que se expresa en bajo rendimiento institucional.

- El bajo rendimiento institucional significa baja cobertura y productividad de los programas.
- La baja cobertura y productividad de los programas inciden en el presupuesto de la institución. Si existe poca producción de servicios el presupuesto asignado también será reducido. En instituciones que tienen programas de recuperación de costos, la poca demanda ocasiona recuperación financiera insuficiente.
- La poca disponibilidad presupuestaria genera insuficientes suministros, problemas con el mantenimiento de los equipos y ausencia de un programa de estímulos a los trabajadores, causando desmotivación en el personal.
- Un personal desmotivado es poco cooperador, no se apropia de los objetivos de la institución, tiene problemas de actitud, no trabaja en equipo y todo se traduce en mala calidad de la atención.

La interrupción de este círculo se logra mejorando la capacidad gerencial y promoviendo un proceso de mejoría continua de calidad en la institución.

El hecho de que la población considere que la prestación de los servicios es de mala calidad y que no responde a sus necesidades, hace que cada vez menos personas recurran a los centros de salud o puestos de atención primaria.

Se debe promover la calidad de los servicios de salud para:

- Mejorar la eficiencia de los servicios en forma inmediata.
- Optimizar la utilización de los recursos existentes (costo – beneficio).

- Incrementar la eficiencia y efectividad de los servicios ofertados.
- Aumentar la utilización de los servicios.
- Satisfacer las necesidades sentidas de los usuarios internos y externos, asegurando que la organización proporcione al usuario lo que necesita y desea de la institución.
- Motivar al personal.

2.7.5.7 Necesidades frente a la demanda.

a) Necesidades sentida: Aparecen siempre que la persona desea asistencia sanitaria, responde a la percepción que la persona tiene sobre sus problemas de salud.

b) Necesidad expresada: es la necesidad sentida convertida en demanda.

c) Necesidad comparativa: es el caso que o un individuo con determinadas características de salud no recibe asistencia sanitaria, mientras que otros si la reciben.

2.7.6 PARAMETROS DE LA CALIDAD

En un servicio de salud, se consideran parámetros de calidad como:

- Puntualidad
- Prontitud en la atención.
- Presentación del personal
- Cortesía, amabilidad, respeto.
- Trato humano.
- Diligencia para utilizar medios diagnósticos.
- Agilidad para identificar el problema
- Efectividad en los procedimientos

- Comunicación con el usuario y la familia
- Interpretación adecuada del estado de ánimo de los usuarios
- Aceptación de sugerencias
- Capacidad profesional
- Ética
- Equidad
- Presentación física de las instalaciones
- Presentación adecuada de las instalaciones
- Presentación adecuada de los utensilios y elementos
- Educación continúa a personal del servicio y a usuarios

Para mejorar y mantener la calidad de los productos o servicios, es necesario establecer un sistema de aseguramiento de calidad, como etapa fundamental en el avance hacia la calidad total. El mejoramiento de la calidad no depende exclusivamente de la voluntad y decisión de las personas, los recursos de todo orden juegan un papel fundamental. Esta mejoría se construye a base de la motivación y esfuerzo constante de todo el equipo humano. Para mejorar y mantener los productos o servicios es necesario establecer un sistema de aseguramiento de la calidad, como etapa inicial en el proceso de avances hacia la calidad total. Para llegar a la garantía de la calidad se necesita:

- Planeación de la calidad,
- Control de la calidad,
- Aseguramiento de la calidad,
- Mejorar la calidad y
- Evaluación de la calidad.

El aseguramiento de la calidad, es el aval fundamentado en la aplicación del manual de integración de todas las normas, el esfuerzo coordinado del personal, cumplimiento de las políticas, utilización adecuada de todos los recursos y estrategias. Este depende de la participación de la gente, la

única meta a largo plazo de una empresa es sobrevivir y para lograrlo el mecanismo posible es el mejoramiento continuo de la calidad.

La evaluación de la calidad mide no sólo el impacto si no el desenvolvimiento general del programa que comienza en la planeación.

Calidad abarca todas las cualidades con las que cuenta un producto y/o servicio para ser de utilidad a quien se sirva de él, es capacidad, es atender adecuadamente, es liderar el proceso, e interesarse por todo y por todos.

2.7.7 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

La enfermería es el arte y la ciencia de las medidas curativas para devolver la salud. Una definición típica señala que la enfermera se ocupa de atender a los pacientes por medio de ayuda, comodidad, nutrición, protección y apoyo. Este tipo de enfermería suele destacar el hecho que su función es intentar la recuperación de la salud.

Hoy las enfermeras intervenimos en forma decisiva en todos los procedimientos destinados al bienestar de los grandes núcleos humanos, tarea que a menudo recibe el nombre de enfermería preventiva y en algunas partes asistencia sanitaria.

Es importante que las enfermeras entiendan porque emprender un procedimiento dado, en su tarea.

Las enfermeras comienzan el proceso asistencial al reunir información apropiada y exacta, los llamados datos clínicos respecto al paciente , al partir de los cuales se puede extraer conclusiones.

Posteriormente se planea la asistencia para el usuario, se lleva a cabo las medidas planeadas las mismas que deben realizarse con la colaboración del paciente. Y por último, observar si la asistencia ha permitido o no solucionar los problemas, esto es lo que nosotros conocemos como evaluación.

Durante cada parte del proceso asistencial y después que se ha completado, la enfermera advierte si la asistencia se ha basado en información exacta y apropiada y si las medidas emprendidas fueron eficaces.

El proceso asistencial suele aceptarse como un método importante para planear y suministrar atención apropiada y competente al usuario.

2.7.8 DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE

2.7.8.1 Carta de los derechos y deberes del paciente

“La carta de Derechos y Deberes del paciente es un instrumento básico del Plan de Humanización de la Asistencia. En esta carta se da a conocer estos deberes y derechos a todos los ciudadanos destinatarios a la asistencia”. (9)

- Derechos

1.- El paciente tiene derecho a recibir una atención sanitaria integral de sus problemas de salud, dentro de un funcionamiento eficiente de los recursos disponibles.

2.- El paciente tiene derecho al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de tipo social, económico, moral o ideológico.

3.- El paciente tiene derecho a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso, incluso el secreto de su estancia en centros y establecimientos sanitarios, salvo por exigencias legales que lo hagan imprescindible.

4.- El paciente tiene derecho a recibir información completa y continuada, verbal y escrita, de todo lo relativo a su proceso, incluyendo diagnóstico, alternativas de tratamiento y sus riesgos y pronósticos, que será facilitada en un lenguaje comprensible. En caso de que el paciente no quiera o no pueda manifiestamente recibir dicha información, ésta deberá proporcionarse a los familiares o personas legalmente responsables.

5.- El paciente tiene derecho a la libre determinación entre las opciones que le presente el responsable médico en su caso, siendo preciso su consentimiento expreso previo a cualquier actuación, excepto en los siguientes casos:

- * Cuando la urgencia no permita demoras.

- * Cuando el no seguir el tratamiento suponga un riesgo para la salud pública.

- * Cuando no este capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas legalmente responsables.

6.- El paciente tendrá derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados en el punto 5, debiendo para ello solicitar el alta voluntaria en las condiciones que señala el punto 6 de Deberes.

7.- El paciente tendrá derecho a que se le asigne un médico, cuyo nombre deberá conocer, y que será su interlocutor válido con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá la responsabilidad.

8.- El paciente tiene derecho a que quede constancia por escrito de todo su proceso; esta información y las pruebas realizadas constituyen la historia clínica.

9.- El paciente tiene derecho a que no se realicen en su persona investigaciones, experimentos o ensayos clínicos sin una información sobre métodos, riesgos y fines. Será imprescindible la autorización por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico de los principios básicos y normas que establece la Declaración de Helsinki. (Organización Internacional de Servicios y Asistencia de Salud del Japón) y las actividades docentes requerirán, asimismo, consentimiento expreso del paciente.

10.- El paciente tiene derecho al correcto funcionamiento de los servicios asistenciales y administrativos y a que la estructura de la institución proporcione unas condiciones aceptables de habitabilidad, higiene, alimentación, seguridad y respeto a su intimidad.

11.- El paciente tendrá derecho en caso de hospitalización, a que ésta incida lo menos posible en sus relaciones sociales y personales. Para ello, el hospital facilitará un régimen de visitas lo más amplio posible, el acceso a los medios y sistemas de comunicación y de cultura y la posibilidad de actividades que fomenten las relaciones sociales y el entretenimiento del ocio.

12.- El paciente tiene derecho a recibir cuanta información desee sobre los aspectos de las actividades asistenciales que afecten a su proceso y situación personales.

13.- El paciente tiene derecho a conocer los cauces formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y, en general,

para comunicarse con la administración de las instituciones. Tiene derecho asimismo, a recibir una respuesta por escrito.

14.- El paciente tiene derecho a causar alta voluntaria en todo momento tras firmar el documento correspondiente, exceptuando los casos recogidos en el artículo 5 de los Derechos.

15.- El paciente tiene derecho a agotar las posibilidades razonables de superación de la enfermedad. El Hospital proporcionara la ayuda necesaria para su preparación ante la muerte en los aspectos materiales y espirituales.

16.- El paciente tiene derecho a que las Instituciones Sanitarias proporcionen:

- Una asistencia técnica correcta, con personal cualificado.
- Un aprovechamiento máximo de los medios disponibles.
- Una asistencia con los mínimos riesgos, dolor y molestias psíquicas y físicas.

- Deberes:

1. El paciente tiene él deber de colaborar en el cumplimiento de las normas e instrucciones establecidas en las Instituciones Sanitarias.
2. El paciente tiene él deber de tratar con el máximo respeto al personal de las Instituciones Sanitarias a los otros enfermos y a sus acompañantes.
3. El paciente tiene el deber de solicitar información sobre las normas de funcionamiento de la Institución y los canales de comunicación (quejas, sugerencias, reclamaciones y preguntas). Debe conocer el nombre de su médico.
4. El paciente tiene él deber de cuidar las instalaciones y de colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las Instituciones Sanitarias.

5. El paciente tiene el deber de firmar el documento de alta voluntaria, en los casos de no aceptación de los métodos de tratamiento.
6. El paciente tiene el deber de responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario, fundamentalmente en lo que se refiere a la utilización de servicios, procedimientos de baja laboral o incapacidad permanente y prestaciones farmacéuticas y sociales.
7. El paciente tiene el deber de utilizar las vías de reclamación y sugerencias.
8. El paciente tiene el deber de exigir que se cumplan sus derechos

2.7.8.2 DEBERES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

- La enfermería y el ser humano. Deberes de las enfermeras/os

Artículo 4 : La Enfermera/o reconoce que la libertad y la igualdad en dignidad y derecho son valores compartidos por todos los seres humanos, que se hallan garantizados por la Constitución Española y la Declaración Universal de Derechos Humanos. Por ello, la Enfermera/o está obligada a tratar con el mismo respeto a todos, sin distinción de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud.

Artículo 5: Consecuentemente las enfermeras/os deben proteger al paciente, mientras esté a su cuidado, de posibles tratos humillantes, degradantes, o de cualquier otro tipo de afrentas a su dignidad personal.

Artículo 6: En ejercicio de sus funciones, las enfermeras/os están obligadas a respetar la libertad del paciente, a elegir y controlar la atención que se le presta.

Artículo 7: El consentimiento del paciente, en el ejercicio libre de la profesión, ha de ser obtenido siempre, con carácter previo, ante cualquier intervención de la enfermera/o. Y lo harán en reconocimiento del derecho moral que cada persona tiene a participar de forma libre, y válidamente manifestada sobre la atención que se le preste.

Artículo 8: Cuando el enfermo no esté en condiciones físicas y psíquicas de prestar su consentimiento, la enfermera/o tendrá que buscarlo a través de los familiares o allegados a éste.

Artículo 9: La Enfermera/o nunca empleará ni consentirá que otros lo empleen, medidas de fuerza física o moral para obtener el consentimiento del paciente. En caso de ocurrir así, deberá ponerlo en conocimiento de las autoridades sanitarias, y del Colegio Profesional respectivo con la mayor urgencia posible

Artículo 10: Es responsabilidad de la Enfermera/o mantener informado al enfermo, tanto en el ejercicio libre de su profesión, como cuando ésta se ejerce en las Instituciones Sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo.

Artículo 11: De conformidad con lo indicado en el Artículo anterior, la enfermera/o deberá informar verazmente al paciente, dentro del límite de sus atribuciones. Cuando el contenido de esa información exceda del nivel de su competencia, se remitirá al miembro del equipo de salud más adecuado.

Artículo 12: La Enfermera/o tendrá que valorar la situación física y psicológica del paciente antes de informarle de su real o potencial estado de salud; teniendo en cuenta, en todo momento, que éste se encuentre en condiciones y disposición de entender, aceptar o decidir por sí mismo.

Artículo 13: Si la Enfermera/o es consciente que el paciente no está preparado para recibir la información pertinente y requerida, deberá dirigirse a los familiares o allegados del mismo.

- Derechos de los enfermos y profesionales de enfermería

Artículo 14: Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la seguridad de su persona y a la protección de la salud. Nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, en su familia o su domicilio.

Artículo 15: La Enfermera/o garantizará y llevará a cabo un tratamiento correcto y adecuado a todas las personas que lo necesiten, independientemente de cual pueda ser el padecimiento, edad o circunstancias de dichas personas.

Artículo 16: En su comportamiento profesional, la Enfermera/o tendrá presente que la vida es un derecho fundamental del ser humano y por tanto deberá evitar realizar acciones conducentes a su menoscabo o que conduzcan a su destrucción.

Artículo 17: La Enfermera/o no podrá participar en investigaciones científicas o en tratamientos experimentales, en pacientes que estén a su cuidado, si previamente no se hubiera obtenido de ellos, o de sus familiares o responsables, el correspondiente consentimiento libre o informado.

Artículo 18 : Ante un enfermo terminal, la Enfermera/o, consciente de la alta calidad profesional de los cuidados paliativos, se esforzará por prestarle hasta el final de su vida, con competencia y compasión, los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos. También proporcionará a la familia la ayuda necesaria para que puedan afrontar la muerte, cuando ésta ya no pueda evitarse.

Artículo 19: La Enfermera/o guardará en secreto toda la información sobre el paciente que haya llegado a su conocimiento en el ejercicio de su trabajo.

Artículo 20: La Enfermera/o informará al paciente de los límites del secreto profesional y no adquirirá compromisos bajo secreto que entrañen malicia o dañen a terceros o a un bien público.

Artículo 21: Cuando la Enfermera/o se vea obligada a romper el secreto profesional por motivos legales, no debe olvidar que moralmente su primera preocupación, ha de ser la seguridad del paciente y procurará reducir al mínimo indispensable la cantidad de información revelada y el número de personas que participen del secreto.

Artículo 22: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 16.1 de la Constitución Española, la Enfermera/o tiene, en el ejercicio de su profesión, el derecho a la objeción de conciencia que deberá ser debidamente explicitado ante cada caso concreto. El Consejo General y los Colegios velarán para que ninguna/o Enfermera/o pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de ese derecho.

2.8 MARCO INSTITUCIONAL.

2.8.1 MISION

“El servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luís Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán brinda atención a usuarias en embarazo, parto, post parto y sus complicaciones, además de patologías ginecológicas, dicha atención se la hace con calidad técnico científico y humano en forma permanente y funcional y de especialidad”.(2)

2.8.2 VISION

“En cinco años el servicio de Gineco-obstetricia será un servicio organizado, con talentos humanos suficientes, altamente calificados y especializados, con un sistema de comunicación, evaluación y control adecuados que permiten el mejoramiento de los procesos de atención con calidad y calidez, contará con una infraestructura y equipos modernos para brindar una atención integral, eficiente, efectiva y oportuna y con participación comunitaria”.(2)

2.8.3 PROPOSITO

“Brindar atención integral de enfermería a todos los usuarios, en forma organizada, fortaleciendo y optimizando los recursos disponibles ,para elevar la calidad de atención de enfermería, acorde con el perfil epidemiológico local y con las políticas y objetivos establecidos por la institución”.(2)

2.8.4 DESCRIPCION GENERAL DEL HOSPITAL LIUS GABRIEL DAVILA.

2.8.4.1 Antecedentes

En el año de 1913 en la ciudad de Tulcán, ante la necesidad de atender a los enfermos se crea el Hospital Provincial de Tulcán San Vicente de Paúl, el mismo que se encontraba administrado y atendido por las hermanas de la Compañía Hijas de la Caridad.

En el año de 1954 se cambia el nombre por el de Hospital Luís Gabriel Dávila, luego de la promulgación del Decreto de unificación de los servicios de Salud dictada por el General Guillermo Rodríguez Lara, en 1972 pasa a depender económicamente del ministerio de Salud Pública.

En 1975 se crean los cargos para enfermeras profesionales quienes son asignadas a los diferentes servicios que se crearon en esta casa de salud.

En la actualidad colaboran con el hospital, la Universidad Técnica del Norte con el grupo de Internos Rotativos de Enfermería del cuarto año de formación académica mediante el convenio docente asistencial con el ministerio de Salud Pública.

De esta manera contribuimos en la atención con calidad y calidez a pacientes que asisten a esta casa de salud sin distinción de etnia, religión y cultura.

2.8.4.2 Ubicación

El Hospital Luís Gabriel Dávila está situado al sureste de la ciudad de Tulcán de la Provincia del Carchi, entre las calles 10 de Agosto y Esmeraldas, atiende a una población de 80.000 habitantes aproximadamente de la parte norte del país y sur de Colombia.

2.8.4.3 Servicios que presta

El Hospital Luís Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán, es una institución de referencia provincial que presta atención en sus servicios básicos como son:

- Emergencia
- Gineco-obstetricia.
- Medicina General
- Cirugía
- Traumatología
- Pediatría

Además presta servicios complementarios como son:

- Cuidados intermedios
- Odontología.
- Psicología
- Rehabilitación y fisioterapia.
- Farmacia
- Trabajo social
- Laboratorio
- Rayos X
- Ecografías
- Endoscopias
- Servicio de Ambulancia las 24 horas del día.

2.8.4.4 Descripción del servicio de Gineco-obstetricia

El servicio de gineco-obstetricia consta de dos secciones, una para pacientes de cirugía con 10 camas y otro para pacientes de clínica de 20 camas.

2.8.4.6 Organización Funcional

Consta de una estación de enfermería la misma que es utilizada para cumplir con una de las funciones de enfermería que es administración, una sala de emergencias para maternas, sala de partos y sala de recuperación, un cuarto de preparación de medicamentos y cuarto de baño del recién nacido. Además trabaja conjuntamente con el servicio de Neonatología el mismo que consta de 8 incubadoras y 3 termocunas.

2.8.4.7 Organización Administrativa

Para cumplir con uno de los objetivos más grandes que tiene el servicio de gineco-obstetricia que es el de brindar una atención integral con calidad y calidez, dispone de un grupo de salud el mismo que se encuentra conformado por:

- Jefe médico del servicio.
- Médicos ginecólogos: dos
- Obstetras: Tres
- Internos de Medicina: dos
- Jefe de enfermeras del servicio.
- Licenciadas de enfermería: cinco
- Internos rotativos de enfermería: dos
- Auxiliares de enfermería: cinco

2.9 Operacionalización de variables

Calidad de atención.- Satisfacer las necesidades y requerimientos del cliente.

VARIABLES	DIMENSIONES
Motivo por el que acude al hospital.	<ul style="list-style-type: none"> - Ubicación - Prestigio - Costos - Referencias personales.
Tiempo de espera	<ul style="list-style-type: none"> - 5 -10 min - 10 -15 min - 15 min a más
Trato recibido	<ul style="list-style-type: none"> - Muy satisfactorio - Satisfactorio - Poco satisfactorio - Deficiente.
Ambiente físico, limpieza, alimentación	<ul style="list-style-type: none"> - Muy satisfactorio - Satisfactorio - Poco satisfactorio - Deficiente.
Desempeño profesional	<ul style="list-style-type: none"> - Muy satisfactorio - Satisfactorio - Poco satisfactorio - Deficiente.
Costos de la atención	<ul style="list-style-type: none"> - Muy altos - Altos - Moderados - Bajos -
Tiempo que dedica el personal	<ul style="list-style-type: none"> - Amplia - Escasa - Muy limitado - Inexistente

Existencia de comité interno del mejoramiento de la calidad.	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No - No tengo conocimiento
Existe liderazgo	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No
Existe intercomunicación, compañerismo respeto	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No - A veces - Nunca
Criterio de calidad	<ul style="list-style-type: none"> - Actuar bajo indicadores definidos. - Estar puntual en el área de trabajo. - Conocer los protocolos de atención. - Demostrar los conocimientos adquiridos.
Criterio de calidez	<ul style="list-style-type: none"> - Brindar atención a la usuaria con vocación y amor. - Demostrar los conocimientos adquiridos. - Tratar con cortesía al paciente. - Trabajo en equipo y con valores.
Criterio de eficiencia	<ul style="list-style-type: none"> - Brindar atención optimizando los recursos. - Brindar atención sin importar los recursos. - Actuar bajo normas. - Trabajar en grupo.
Ambiente laboral	<ul style="list-style-type: none"> - Excelente - Muy bueno - Bueno - Deficiente
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> - Permanente - Casi permanente - De vez en cuando - Nunca

Trabajo en equipo	<ul style="list-style-type: none"> - Siempre - Casi siempre - De vez en cuando - Nunca
Determinación de roles y competencias	<ul style="list-style-type: none"> - Siempre - Casi siempre - De vez en cuando. - Nunca
Existe un protocolo de atención de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No
Es importante implementar un protocolo	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No
Conocimiento y ejecución de protocolos.	<ul style="list-style-type: none"> - Siempre - Casi siempre - De vez en cuando - Nunca
Reglamento interno permite una atención de calidad	<ul style="list-style-type: none"> - Siempre - Casi siempre - De vez en cuando - Nunca
Participación en capacitaciones para el mejoramiento.	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No - Posiblemente

2.10 DEFINICION DE TERMINOS

ACIDOSIS: Estado anormal producido por exceso de ácidos de los tejidos en la sangre.

ALBUMINOSIS: Aumento anormal de los elementos albuminosos de la sangre.

ANASARCA: Edema generalizado en todo el cuerpo que se relaciona con enfermedades renales o cardíacas y con la cirrosis hepática.

ASCITIS: Acumulación de líquidos en el peritoneo, que puede ser de varios litros.

CATALASA: Enzima que destruye el peróxido de oxígeno mediante dismutación, pero también tiene actividad peroxidativa, actuando los alcoholes de bajo peso molecular como donadores de electrones. La catalasa previene la formación de metahemoglobina en los eritrocitos.

CLONUS: Contracción y flexión rápida de algunos músculos, resultado de una lesión espinal o cerebral.

EDEMA: Hinchazón blanda de una parte del cuerpo que cede a la presión y es ocasionada por la acumulación de líquidos en los tejidos.

ELASTASA: Encima que degrada los tejidos elásticos.

ESCOTOMA: Zona circunscrita de pérdida de visión debida generalmente a una lesión de la retina

FEOCROMOCITOMA: Tumor de la médula adrenal secretora de catecolaminas. Suele producir hipertensión

GENOTIPO: composición genética de un individuo.

GONADOTROPINA CORIÓNICA: Hormona glucoproteica presente en las mujeres embarazadas, es secretada por las células trofoblásticas de la placenta. Está formada por dos subunidades, las gonadotropinas coriónicas humanas alfa y beta . Los efectos específicos de la gonadotropina coriónica están activados por la subunidad beta. Estos comprenden la estimulación del cuerpo lúteo para que segregue estrógenos y progesterona, y para que reduzca la activación linfocítica.

HIDRALAZINA: Actúa sobre la musculatura lisa arteriolar, disminuyendo las resistencias vasculares periféricas y la presión arterial. El efecto máximo es a los 20 minutos, durando entre 6 a 8 horas. Suele producir de forma normal aumento de la frecuencia cardiaca materna.

HIPOXIA: Estado que presenta un organismo vivo sometido a un régimen respiratorio con déficit de O₂.

HIPERFLEXIA: Hiperflexión forzada de un miembro

IATROGÉNICA: Toda la alteración del estado del paciente producida por el médico.

LABETALOL: Bloqueador mixto alfa/beta. El efecto alfa produce vasodilatación, disminuye las resistencias vasculares y consiguientemente reduce la presión arterial; el efecto beta es cardioprotector. No suele producir bradicardia materna, pero sí contrarresta el efecto taquicardizante de la hidralazina cuando se administran conjuntamente.

METILDOPA: Antagonista adrenérgico, reduce el tono simpático. Su concentración máxima tras la administración oral es a las 3-5 h y su efecto máximo a las 5-6 h. Al retirar el fármaco el efecto desaparece a las 24-48 h. Produce somnolencia.

NIFEDIPINA: Calcioantagonista, vasodilatador periférico y tocolítico. Actúa a los 10 a 20 minutos postadministración oral, más rápidamente si se administra (pinchado) sublingual. En casos de tratamiento de base por vía oral se han comunicado buenos resultados con una dosis diaria de 30 mg de nifedipina.

OLIGURIA O ANURIA: Se refieren respectivamente a la disminución o ausencia de producción de orina. Esta disminución puede ser un signo de deshidratación, falla renal o retención de orina.

PATOGÉNESIS: Origen y forma de desarrollo de una enfermedad.

PROGESTERONA: Hormona esteroide femenina que segrega el corpus luteum que prepara el endometrio para la implantación; después por la placenta para evitar el rechazo del embrión.

PROLACTINA: Es una hormona segregada por la parte anterior de la hipófisis, la adenohipófisis, que estimula la producción mamaria de leche de las glándulas mamarias y la síntesis de progesterona en el cuerpo lúteo. Las hormonas que tienen un efecto sinérgico son: los estrógenos, la progesterona y la GH. Su secreción es continuamente inhibida por la dopamina.

PROSTAGLANDINAS: (ácido prostanóico) Se forman por transformación de ácidos grasos no saturados, algunas de ellas son investigadas por su papel en la maduración del folículo ovárico, siendo por eso potenciales anticonceptivos naturales, la sustancia original es una mezcla de sustancias lipídicas halladas en semen de carnero y de hombre.

TROMBOCITOPENIA: Disminución del número de plaquetas en la sangre.

VASOCONSTRICTOR: Que contrae los vasos sanguíneos.

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1 Tipo de investigación.

La investigación realizada, consistió en un estudio de tipo descriptivo-propositivo, mediante el cual se pudo evidenciar la calidad de atención proporcionada por el personal de enfermería y la incidencia de trastornos hipertensivos en el embarazo, lo que nos permitió la elaboración de un protocolo de atención de enfermería para pacientes con esta patología.

3.2 Diseño de la Investigación.

Este trabajo investigativo se basó en un diseño cualitativo- cuantitativo, el mismo que permitió determinar la incidencia de los trastornos hipertensivos en el embarazo y la calidad de atención proporcionada por el personal de enfermería del Hospital Luís Gabriel Dávila.

3. 2.1 Población de estudio.

La población en estudio fueron 35 mujeres que presentaron trastornos hipertensivos en el embarazo y asistieron al servicio de Ginecología del Hospital Luís Gabriel Dávila en el periodo de Abril-Octubre del 2007.

3.3 Fuentes

3. 3.1 Instrumentos y técnicas de investigación

Para la recolección de datos confiables se utilizo las siguientes técnicas e instrumentos de recolección:

- Revisión bibliográfica con su respectivo fichaje, la misma que sirvió para sustentar el trabajo de investigación.
- Encuestas con cuestionario estructurado, que fueron aplicadas a cada una de las pacientes que asistieron al hospital y que presentaron signos y síntomas de trastornos hipertensivos del embarazo durante el periodo de Abril-Octubre del 2007.
- Revisión documental de historias clínicas con datos requeridos por el estudio.
- Y revisión de normas de atención del servicio de ginecología del Hospital Luís Gabriel Dávila.

Para el procesamiento de la información y análisis cuantitativo se utilizó el programa de Microsoft Excel, el análisis cualitativo se realizó mediante la estadística inferencial y la presentación de resultados mediante tablas y gráficos, los mismos que permiten una mejor visualización y comprensión de los resultados obtenidos.

3.3.2 Validez y confiabilidad de los instrumentos.

Para la validación y confiabilidad de los instrumentos, fueron revisados, por tres personas expertas que conocen a fondo el problema investigado y para asegurar su confiabilidad se llevó a cabo una prueba piloto, tomando a las usuarias y al personal de enfermería del Hospital Básico de San Gabriel.

3.3.3 Análisis e interpretación de datos

El análisis e interpretación de datos de estudio, se realizó utilizando los siguientes Software:

- Para el procesamiento de textos: Microsoft Word
- Para el procesamiento de datos estadísticos y numéricos: Microsoft Excel
- Presentación final y ayudas audiovisuales: Microsoft Power Point

ANÁLISIS DE DATOS

ENCUESTAS DIRIGIDAS A LAS USUARIAS

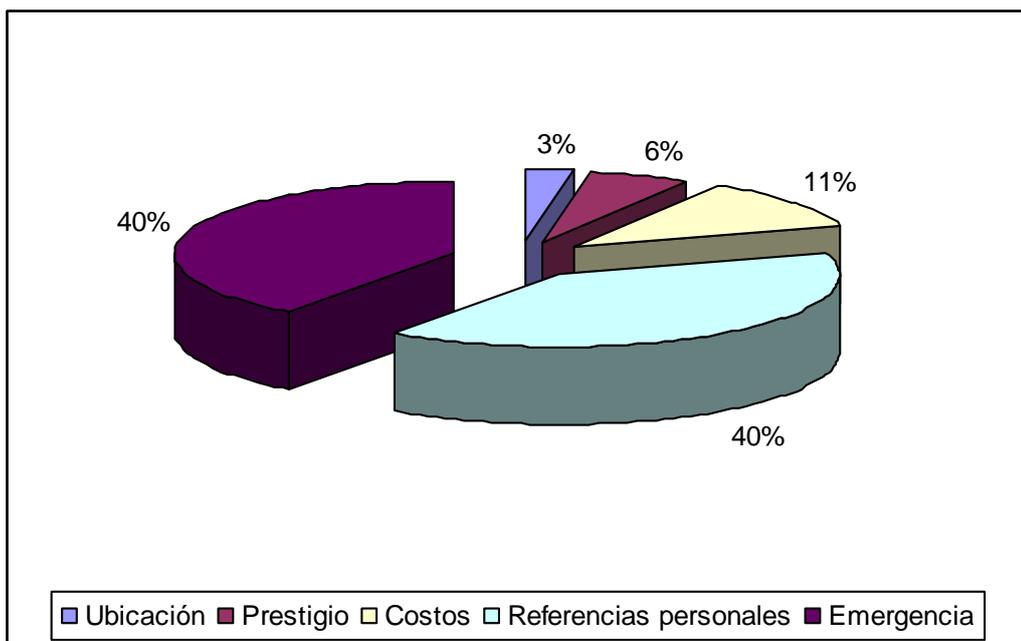
TABLA N° 1

PARA SU ATENCION DE SALUD ACUDIO AL HOSPITAL LUIS GABRIEL DAVILA POR:

	Frecuencia	Porcentaje
Ubicación	1	2.85 %
Prestigio	2	5.71 %
Costos	4	11.42 %
Referencias personales	14	40 %
Emergencia	14	40 %
TOTAL	35	100 %

FUENTE: Encuestas elaboradas por: Torres Ximena y Satián Martha

GRAFICO N° 1



ANALISIS:

Según los datos recolectados de las encuestas realizadas a todas las mujeres gestantes que presentaron trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo y que acudieron a esta casa de salud manifiestan que en un 40% acudieron por referencias personales, esto refleja que la percepción por parte de las usuarias acerca de la atención es buena por lo que muchas de ellas, recomiendan asistir a esta institución.

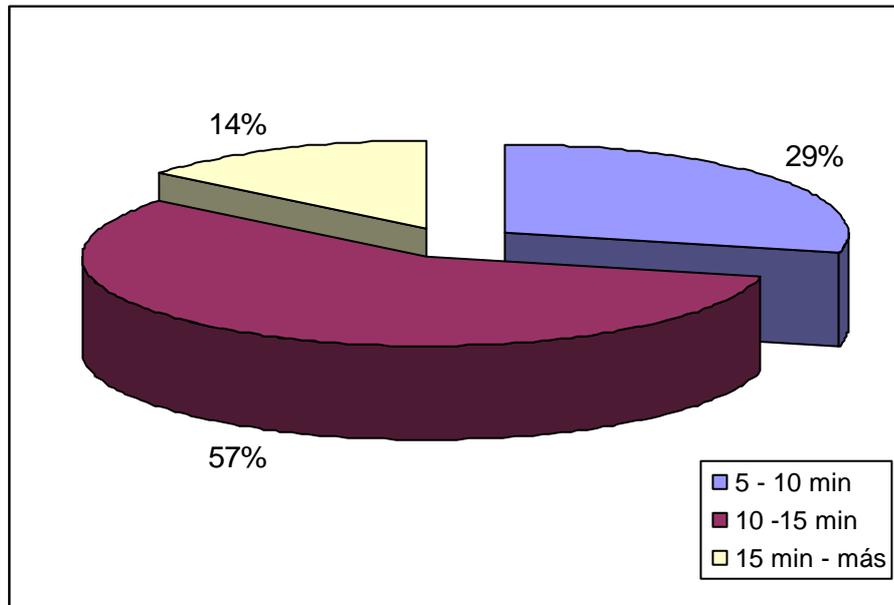
TABLA Nº 2

EL TIEMPO DE ESPERA PARA RECIBIR ATENCIÓN DESDE SU LLEGADA AL HOSPITAL FUE:

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5 - 10 min.	10	28.57%
10 - 15 min.	20	57.14%
15 min. - más	5	14.28%

FUENTE: Encuestas elaboradas por: Torres Ximena y Satián Martha

GRAFICO N° 2



ANALISIS:

De acuerdo a los datos recolectados en la encuesta nos podemos dar cuenta que el 57,14% opina que el tiempo que esperaron en la atención a sus requerimientos en esta casa de salud es prolongado mientras que el 28,57% opina que la atención es inmediata, esto puede darse por la gran afluencia de usuarias o a la vez por la mala distribución del tiempo empleado en la atención brindada por el personal que labora en esta institución.

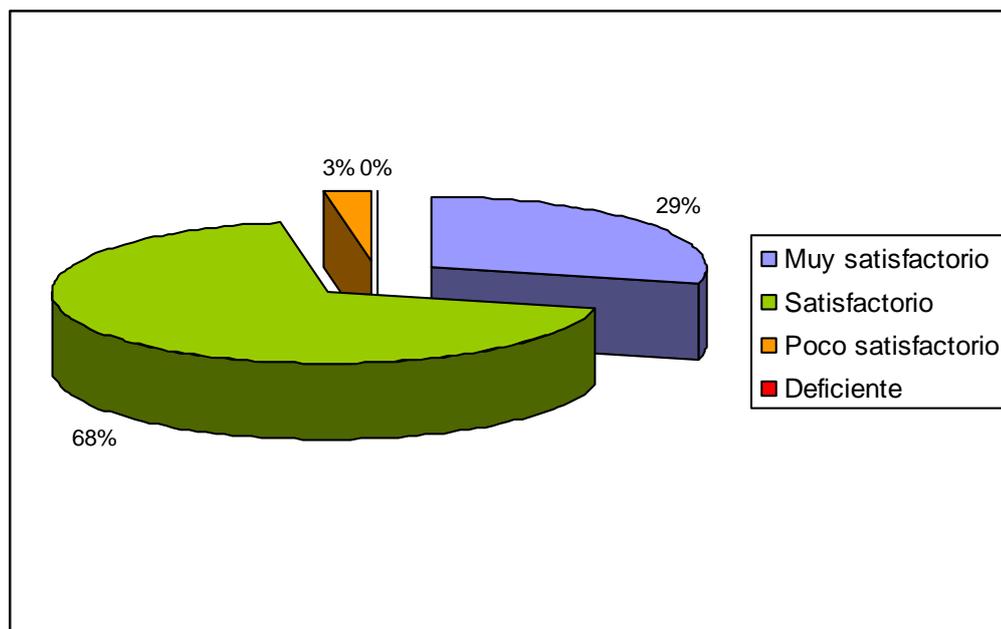
TABLA N° 3

EL TRATO RECIBIDO POR EL PERSONAL QUE LABORA EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA ES:

	Frecuencia	Porcentaje
Muy satisfactorio	10	28.57%
Satisfactorio	24	68.57%
Poco satisfactorio	1	2.85%
Deficiente	0	0%
TOTAL	35	100 %

FUENTE: Encuestas elaboradas por: Torres Ximena y Satián Martha

GRAFICO N° 3



ANALISIS:

Según las mujeres gestantes que presentaron signos y síntomas de Transtornos Hipertensivos Inducidos por el embarazo y que fueron atendidas en el servicio de gineco-obstetricia, el 68,57 % da a conocer que la atención recibida de acuerdo a sus requerimientos es muy satisfactoria, mientras que tan solo el 2,85% refieren que la atención brindada por el personal que labora en esta área es poco satisfactoria, lo que demuestra que en el Hospital Luís Gabriel Dávila se proporciona un servicio, encaminado al mejoramiento de la atención de calidad.

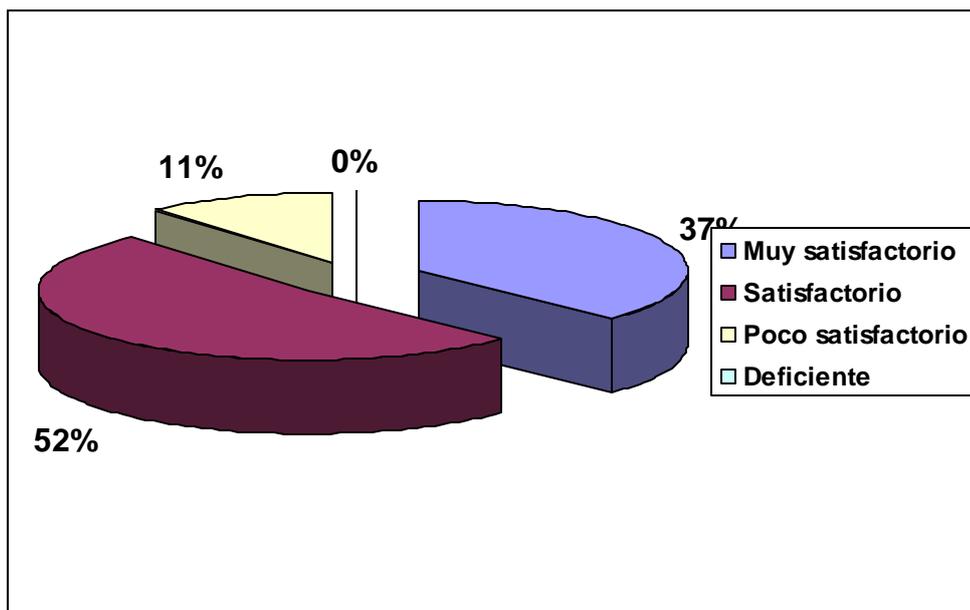
TABLA N° 4

EL AMBIENTE FÍSICO, LIMPIEZA Y ALIMENTACIÓN EN EL HOSPITAL
LUIS GABRIEL DAVILA ES:

	Frecuencia	Porcentaje
Muy satisfactorio	13	37.14%
Satisfactorio	18	51.42%
Poco satisfactorio	4	11.42%
Deficiente	0	0%
TOTAL	35	100 %

FUENTE: Encuestas elaboradas por: Torres Ximena y Satián Martha.

GRAFICO N° 4



ANALISIS:

De acuerdo al criterio dado por las pacientes gestantes atendidas en esta casa de salud, acerca del ambiente físico, limpieza y alimentación que brinda el hospital es muy satisfactorio en un 51,48% reflejando la buena predisposición del personal, para mantener el orden, limpieza y aseo, de manera que los usuarios se sientan complacidos; al contrario del 11,42% que manifiestan poca satisfacción, se debe a que durante su estadía existió gran demanda de usuarios lo que dificulta mantener este orden.

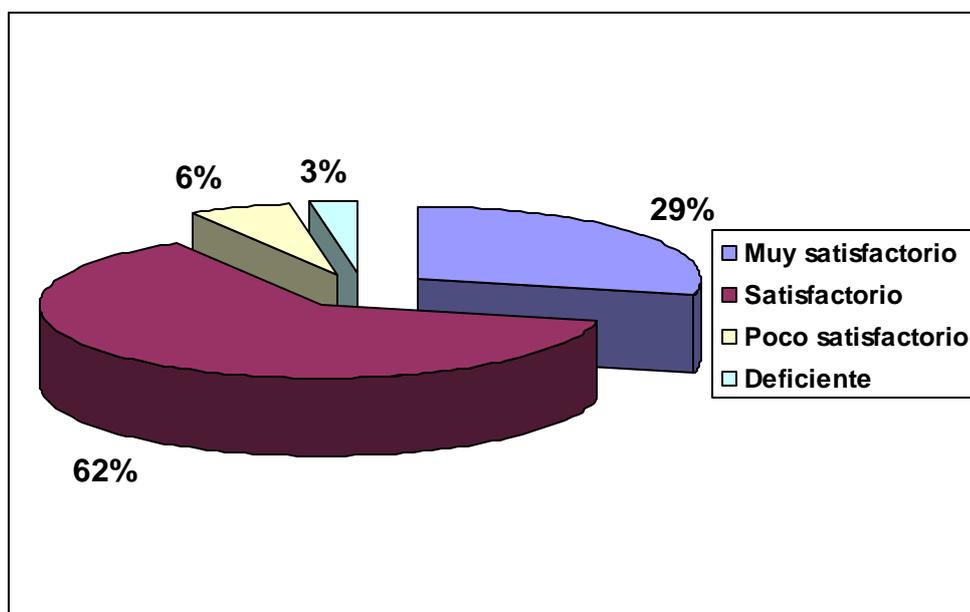
TABLA N° 5

EL DESEMPEÑO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA A NIVEL GENERAL
ES:

	Frecuencia	Porcentaje
Muy satisfactorio	10	28.57%
Satisfactorio	22	62.85%
Poco satisfactorio	2	5.71%
Deficiente	1	2.85%
TOTAL	35	100 %

FUENTE: Encuestas elaboradas por: Torres Ximena y Satián Martha.

GRAFICO N° 5



ANALISIS:

Tomando en cuenta que la atención a usuarias que padecen Transtornos Hipertensivos del Embarazo debe ser especializada y continua para lograr el bienestar tanto de la madre como del niño, tenemos que el 62,85% se encuentra satisfecha por la atención recibida y en un porcentaje bajo correspondiente al 2,85 % no percibió una satisfacción total en su atención, lo que nos permite conocer que el personal se encuentra muy bien capacitado en el ámbito técnico, científico y humanístico pero debido a factores extrínsecos como la falta de personal y afluencia de usuarias no permite brindar el tiempo necesario a cada una de las pacientes que acuden, provocando así la insatisfacción de algunas de ellas.

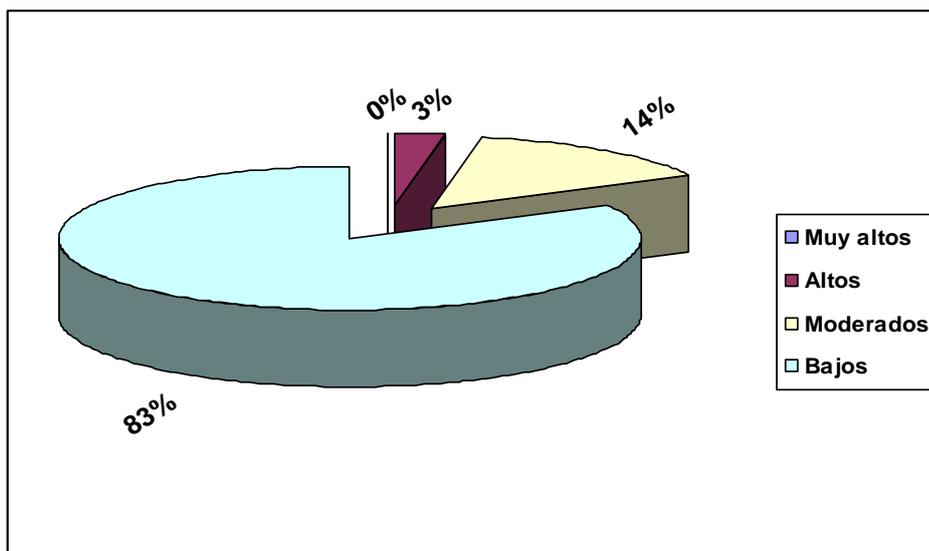
TABLA N° 6

LOS COSTOS DE ATENCIÓN SON:

	Frecuencia	Porcentaje
Muy altos	0	0%
Altos	1	2.85%
Moderados	5	14.28%
Bajos	29	82.85%
TOTAL	35	100 %

FUENTE: Encuestas elaboradas por: Torres Ximena y Satián Martha

GRAFICO N° 6



ANALISIS:

Los resultados obtenidos a través de las encuestas nos demuestran que el 82.85 % de las usuarias atendidas en el Hospital Luis Gabriel Dávila, manifiestan que los costos de atención son bajos, ya que la codificación de la ley de maternidad gratuita cubre la mayor parte de estos gastos excepto ciertos medicamentos que se encuentran excluidos de esta ley, por tal motivo deben ser adquiridos fuera de la institución, esto produce un malestar en un porcentaje bajo de usuarias que corresponde al 2.85%.

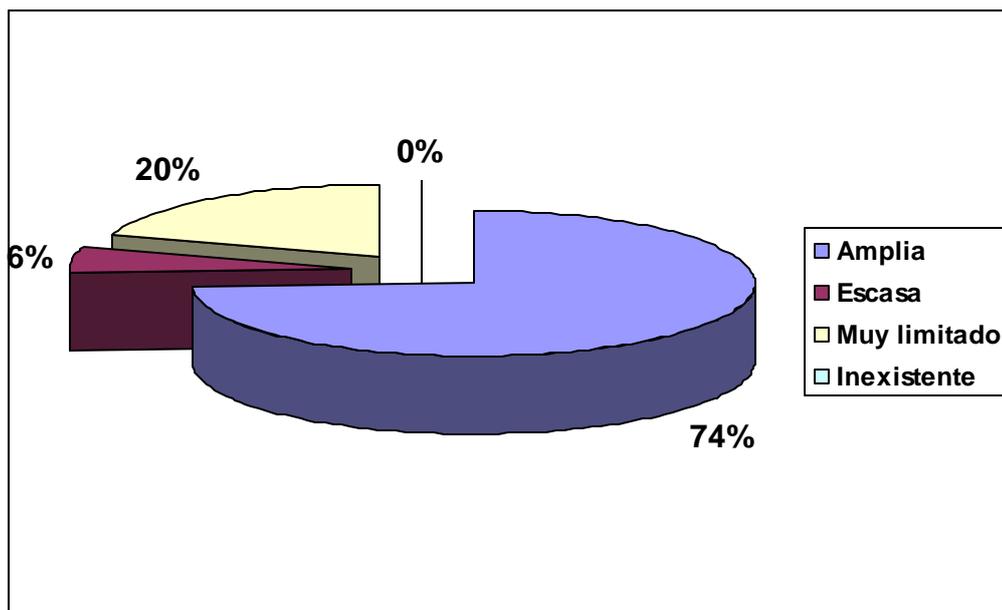
TABLA Nº 7

EL TIEMPO DE ATENCIÓN QUE DEDICA EL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA A SUS REQUERIMIENTOS ES:

	Frecuencia	Porcentaje
Amplia	26	74.28%
Escasa	2	5.71%
Muy limitado	7	20 %
Inexistente	0	0 %
TOTAL	35	100 %

FUENTE: Encuestas elaboradas por: Torres Ximena y Satián Martha

GRAFICO N° 7



ANALISIS:

Como se puede analizar en el grafico, el 74,28% de las usuarias atendidas opinan que la atención que dedica el personal tanto medico como de enfermería en la atención a sus requerimientos es amplia, mientras que un 5,71% nos refiere que es escasa esto podría estarse dando por la falta de personal en esta institución o a la vez por la gran afluencia de usuarios tanto nacionales como extranjeros que asisten a esta casa de salud.

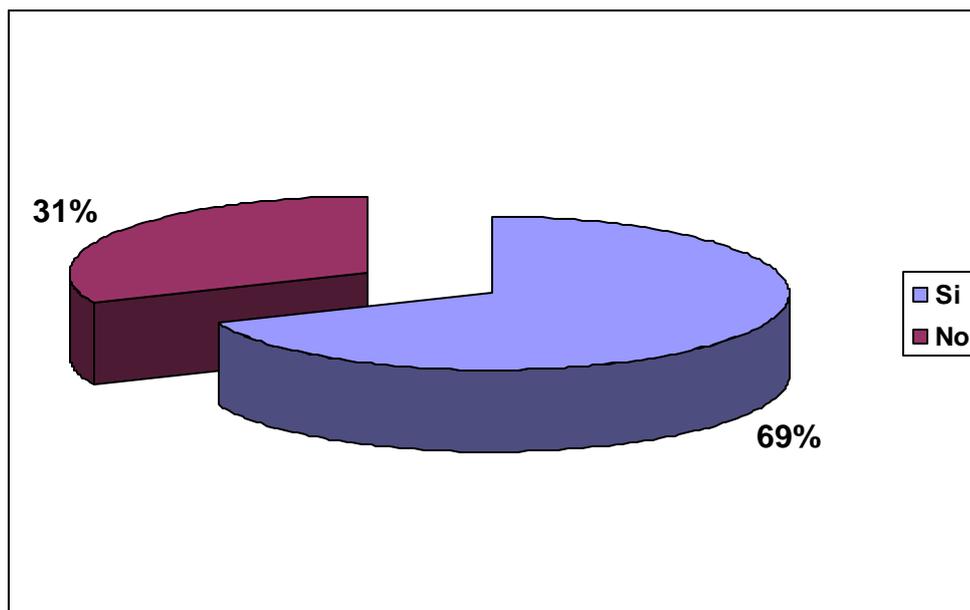
TABLA N° 8

AL MOMENTO DE LA ATENCION LE BRINDARON LA INFORMACION
NECESARIA SOBRE SU ENFERMEDAD:

	Frecuencia	Porcentaje
Si	24	68.57%
No	11	31.42%
TOTAL	35	100 %

FUENTE: Encuestas elaboradas por: Torres Ximena y Satián Martha

GRAFICO N° 8



ANALISIS:

De acuerdo a los datos recolectados de las encuestas realizadas la mayor parte de las usuarias afirman que les brindaron la información necesaria de la patología que presentaron, correspondiendo a un 69% , mientras que el 31% manifestaron que no fueron informadas, esto pudo darse por la falta de interés de las usuarias por su enfermedad, la escasa confianza que brinda el personal que la labora en la institución o a la vez porque no se lleva a cabo todos los procesos de atención de enfermería en la que se incluye la información al paciente .

ENCUESTAS DIRIGIDAS AL PERSONAL DEL SERVICIO

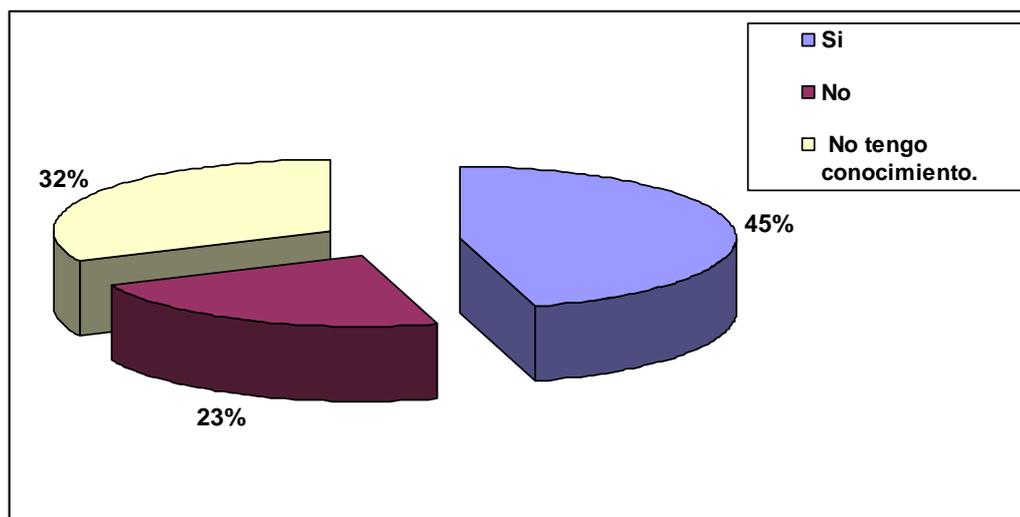
TABLA N°9

EN SU CRITERIO EXISTE UN COMITÉ INTERNO QUE SE ENCARGA DEL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE ATENCION:

	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	45.45%
No	5	22.72%
No tengo conocimiento.	7	31.81%
TOTAL	22	100 %

FUENTE: Encuestas elaboradas por: Torres Ximena y Satián Martha

GRAFICO N° 9



ANALISIS:

De la recolección de datos se ha podido identificar que el 45.45% del personal que labora en esta casa de salud tienen conocimiento de la existencia del comité interno de mejoramiento continuo de la calidad de atención, mientras que el 22.72% afirma que no existe ningún comité, lo que nos da a conocer la falta de comunicación, interés y participación que existe entre el personal de salud que labora en este servicio.

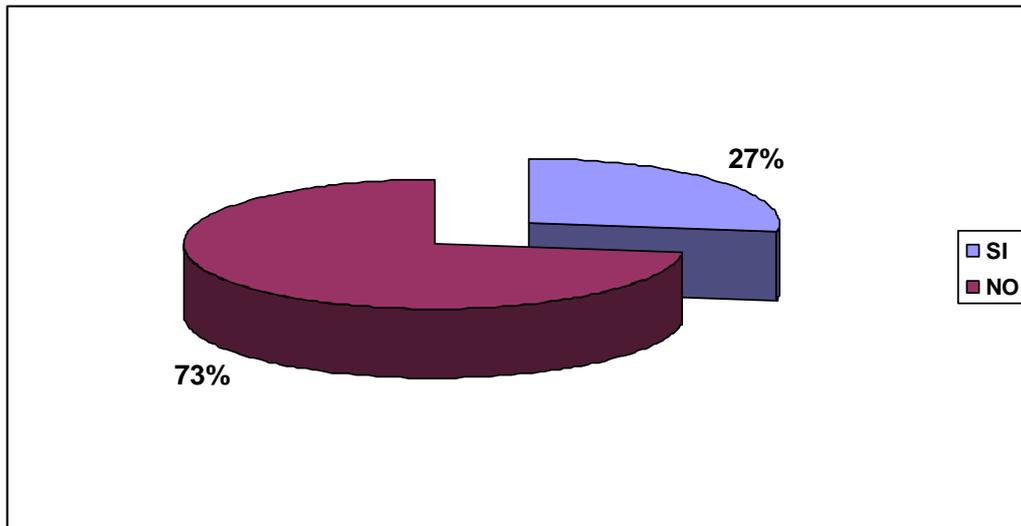
TABLA N°10

EN SU CRITERIO PERSONAL EXISTE LIDERAZGO CONSIDERANDO
AL PERSONAL EN SU NIVEL GENERAL:

	Frecuencia	Porcentaje
SI	6	27.27%
NO	18	72.72%
TOTAL	22	100 %

FUENTE: Encuestas elaboradas por: Torres Ximena y Satián Martha

GRAFICO N°10



ANALISIS:

Según la encuesta realizada acerca de la existencia de liderazgo al personal que labora en el área de gineco-obstetricia, el 72,72%, opinan que no existe liderazgo en el servicio, mientras que tan solo el 27,27% afirman lo contrario, estos resultados permiten conocer la falta de interés en cultivar una de las cualidades propias del personal, ya sea por indiferencia o falta de apoyo de quienes integran el equipo de salud.

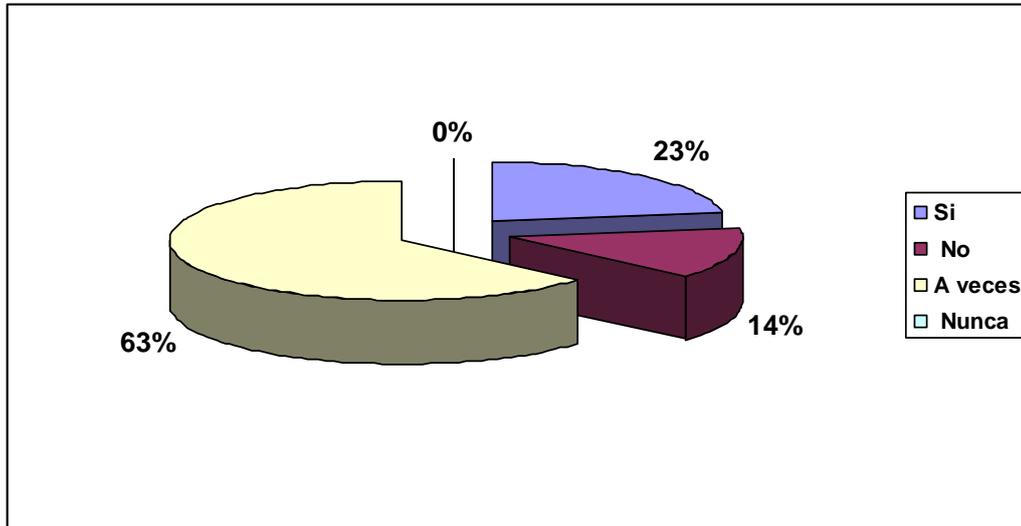
TABLA N° 11

LA INTERCOMUNICACIÓN ENTRE EL PERSONAL ES FLUIDA, HAY
COMPAÑERISMO, RESPETO Y CONSIDERACIÓN:

	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	22.72%
No	3	13.63%
A veces	14	63.63%
Nunca	0	0 %
TOTAL	22	100 %

FUENTE: Encuestas elaboradas por: Torres Ximena y Satián Martha

GRAFICO N° 11



ANALISIS:

Los datos de esta gráfica dan a conocer que tan buenas son las relaciones interpersonales en el área de trabajo, donde el 63.63% del personal opina que son pocas las veces en las que se logra una comunicación fluida con respeto y consideración, reflejando la falta de compañerismo entre el personal, ocasionando un ambiente hostil para las labores diarias, por lo que el 13,63% opina que es necesario mejorar las relaciones interpersonales entre los trabajadores, para brindar una mejor atención, evitando la creación de estas fuentes de estrés.

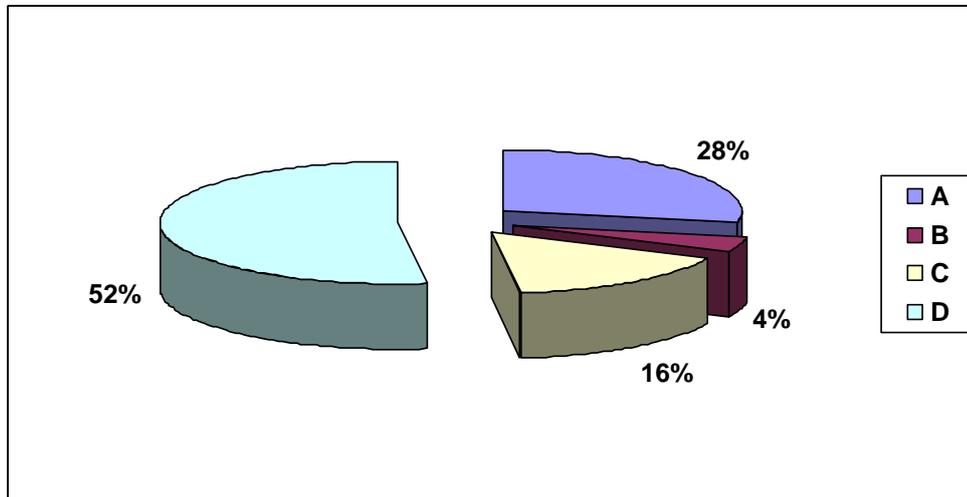
TABLA N° 12

EN SU CRITERIO CALIDAD ES:

	Frecuencia	Porcentaje
A.- Actuar bajo indicadores definidos del servicio.	7	31.80%
B.- Estar puntual en el área de trabajo.	1	4.54%
C.- Conocer los protocolos de atención.	4	18.18%
D.- Demostrar en la práctica los conocimientos adquiridos en la formación	13	59 %
TOTAL	22	100 %

FUENTE: Encuestas elaboradas por: Torres Ximena y Satián Martha

GRAFICO N° 12



ANALISIS:

Tomando en cuenta que calidad es satisfacer las necesidades del usuario, tenemos, que la mayor parte del personal correspondiente al 59% manifiesta que calidad es demostrar en la práctica los conocimientos adquiridos en la formación, y que el 4.54 % manifiesta que es estar puntual en el área de trabajo, lo que nos da a entender que debemos actualizar los conocimientos sobre calidad para así mejorar la atención que presta esta área de salud.

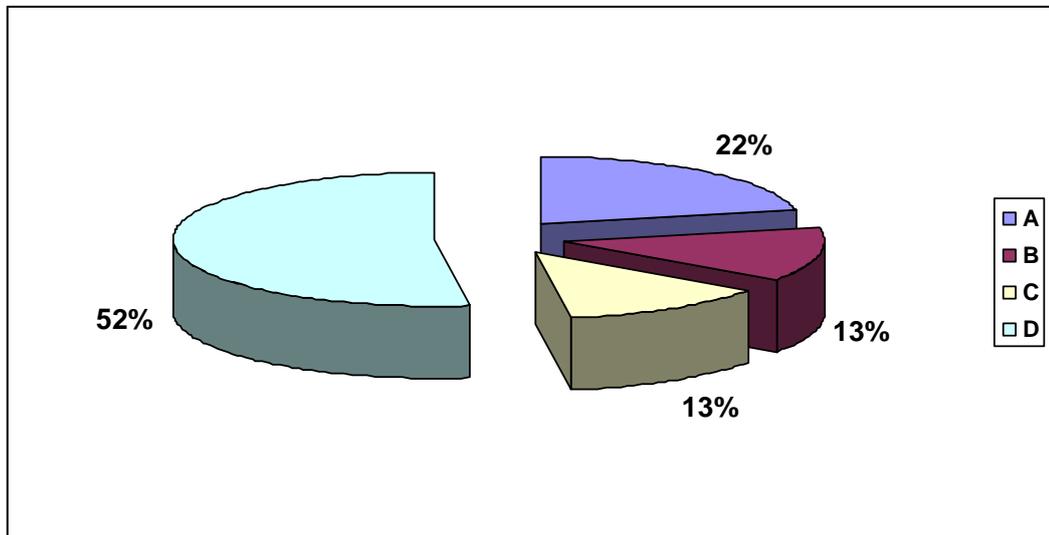
TABLA N° 13

EN SU CRITERIO CALIDEZ ES:

	Frecuencia	Porcentaje
A.- Brindar atención a la usuaria con actitud de vocación y amor.	5	22.72%
B.- Demostrar los conocimientos adquiridos en la práctica.	3	13.63%
C.- Tratar con cortesía al paciente.	3	13.63%
D.- Actuar en todo momento bajo principios de trabajo en equipo y competencia en la práctica de los valores.	12	54.54%
TOTAL	22	100 %

FUENTE: Encuestas elaboradas por: Torres Ximena y Satián Martha

GRAFICO N° 13



ANALISIS:

En cuanto a la calidez de atención la gráfica demuestra que el 52% del personal conoce el significado de la calidez , este conocimiento no refleja que así sea el servicio proporcionado, en muchas ocasiones ciertas usuarias supieron manifestar que no recibieron la privacidad necesaria, por lo tanto no se les brindó una atención cálida manifestada en el cuidado de la integridad del paciente.

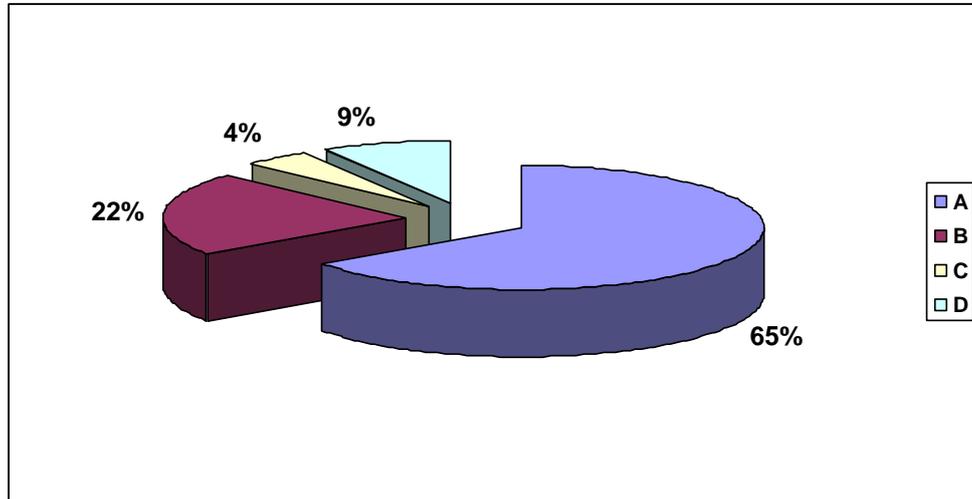
TABLA N° 14

EN SU CRITERIO EFICIENCIA ES:

	Frecuencia	Porcentaje
A.- Brindar atención optimizando los recursos.	15	68.18%
B.- Brindar atención sin importar los recursos que sean necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales.	5	22.72%
C.- Actuar en el servicio bajo normas establecidas.	1	4.54%
D.- Trabajar en grupo.	2	9%
TOTAL	22	100 %

FUENTE: Encuestas elaboradas por: Torres Ximena y Satián Martha

GRAFICO N° 14



ANALISIS:

Al hablar de una atención eficiente, queremos decir que: es brindar una atención de calidad optimizando recursos, los mismos que deben ser muy bien distribuidos a los usuarios, de acuerdo a esto tenemos que el 68.18% del personal tiene claro este concepto y su trabajo está basado en este conocimiento, mientras que el 9% tiene una idea totalmente distinta a lo que esta, es en realidad, por lo tanto muchos de los recursos destinados al bienestar de las usuarias con trastorno hipertensivos del embarazo no son aprovechados en su totalidad.

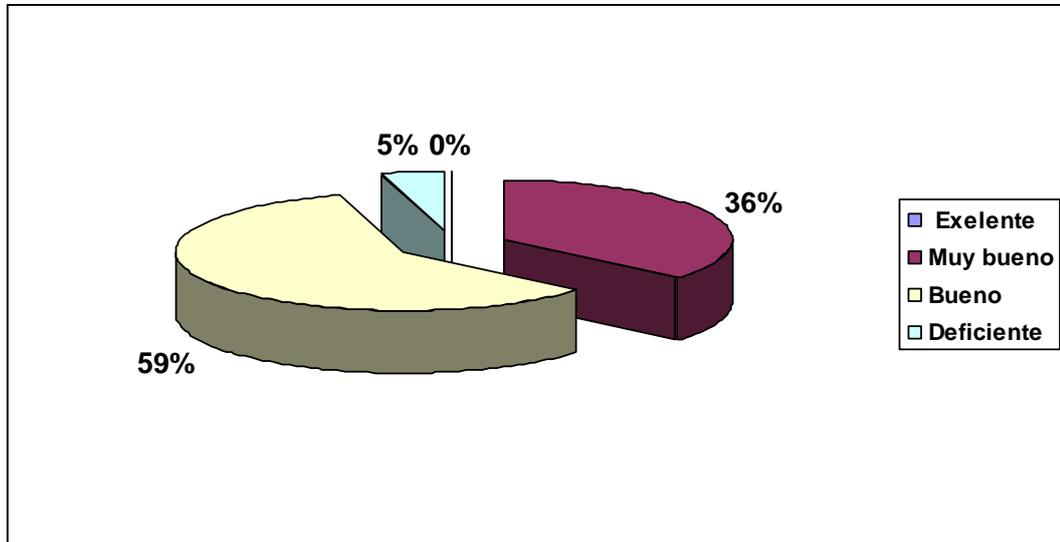
TABLA N° 15

EL AMBIENTE LABORAL ES:

	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	0	0%
Muy bueno	8	36.36%
Bueno	13	59%
Deficiente	1	4.54%
TOTAL	22	100 %

FUENTE: Encuestas elaboradas por: Torres Ximena y Satián Martha

GRAFICO N° 15



ANALISIS:

Para un buen desempeño profesional es necesario que el ambiente laboral sea el adecuado; los datos permiten conocer que, el 59 % del personal opinan que el ambiente laboral es bueno, mientras que el 4.54 % dice ser deficiente, estos resultados nos indican, que no todo el personal se encuentra a gusto en su área de trabajo pudiendo ser el motivo, la deficiente comunicación interpersonal y la sobrecarga laboral.

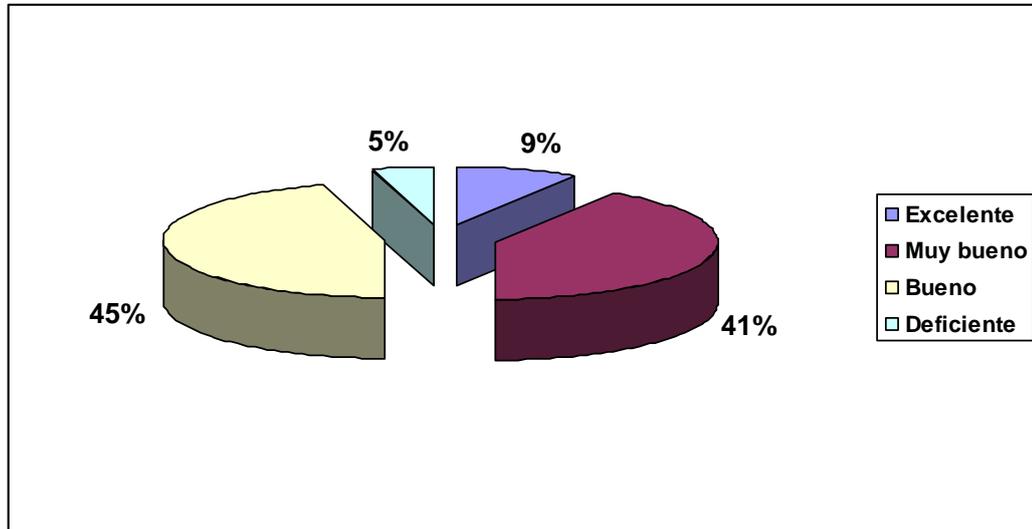
TABLA N° 16

EL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA A NIVEL GENERAL ES:

	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	2	9%
Muy bueno	9	40.90%
Bueno	10	45.45%
Deficiente	1	4.54%
TOTAL	22	100 %

FUENTE: Encuestas elaboradas por: Torres Ximena y Satián Martha

GRAFICO N° 16



ANALISIS:

En cuanto al desempeño del profesional de enfermería, el 45.45% de usuarias percibieron un buen desempeño en su atención, mientras que solo el 9 % opina que el desempeño fue excelente, estos datos llaman la atención ya que el personal que labora en este servicio, son profesionales de experiencia que conocen el tratamiento y las actividades que deben ponerse en práctica para lograr la mejoría del paciente, acciones que son visibles cuando se obtiene un buen progreso en la salud de muchas pacientes incluidas aquellas que manifiestan lo contrario.

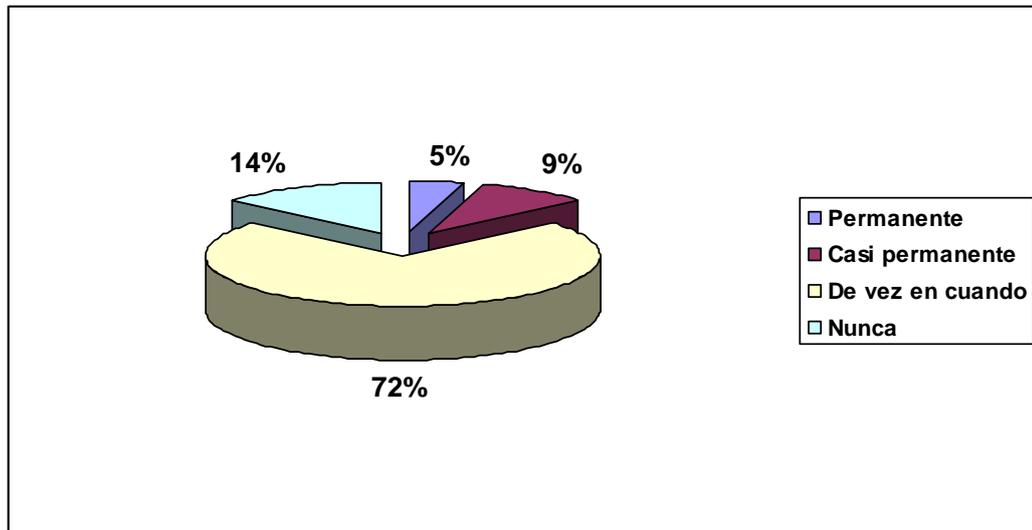
TABLA N° 17

LA CAPACITACION AL PERSONAL QUE LABORA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA ES:

	Frecuencia	Porcentaje
Permanente	1	4.54 %
Casi permanente	2	9 %
De vez en cuando	16	72.72%
Nunca	3	13.63%
TOTAL	22	100 %

FUENTE: Encuestas elaboradas por: Torres Ximena y Satián Martha

GRAFICO N° 17



ANALISIS:

La capacitación es una actividad que permite mantener los conocimientos del personal actualizados; por lo que, el 72.72 % manifiesta que estas capacitaciones se dan de vez en cuando, mientras que el 4.54 % da a conocer que son permanentes, estos resultados nos indican que existen capacitaciones al personal pero que ninguna ha sido precisamente para conocer sobre el manejo de lo trastornos hipertensivos del embarazo, por lo que creemos que se debería incrementar estos temas que no solo van a enriquecer al personal que labora, si no también va a ayudar a mejorar la calidad atención en el servicio.

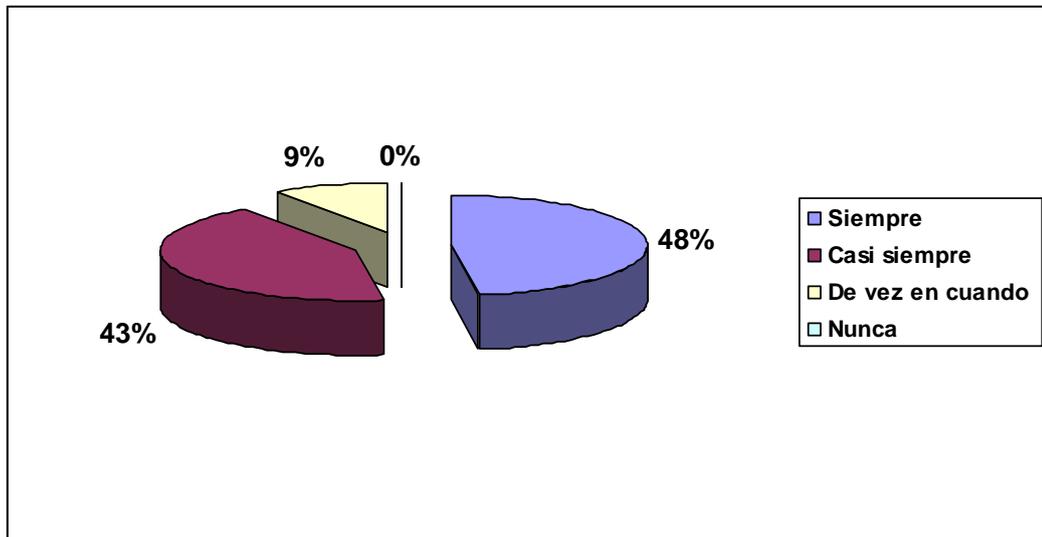
TABLA N° 18

TRABAJO EN EQUIPO COMO UNA ESTRATEGIA QUE PERMITE EL DESARROLLO PROFESIONAL, PERSONAL Y GRUPAL, EVIDENCIANDO LOGROS IMPORTANTES EN LA ATENCIÓN A LA USUARIA.

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	10	45.45%
Casi siempre	9	40.90%
De vez en cuando	2	9 %
Nunca	0	0 %
TOTAL	22	100 %

FUENTE: Encuestas elaboradas por: Torres Ximena y Satián Martha

GRAFICO N° 18



ANALISIS:

En una institución que brinda salud es importante el trabajo en equipo ya que permite lograr el desarrollo profesional, personal y grupal, de acuerdo a esto el, 45.45 % del personal afirma que siempre se llega a estos logros, mientras que el 9 % opina que solo en ciertas ocasiones; la inseguridad que demuestra este bajo porcentaje de personal puede ser producido por la falta de motivación o comunicación.

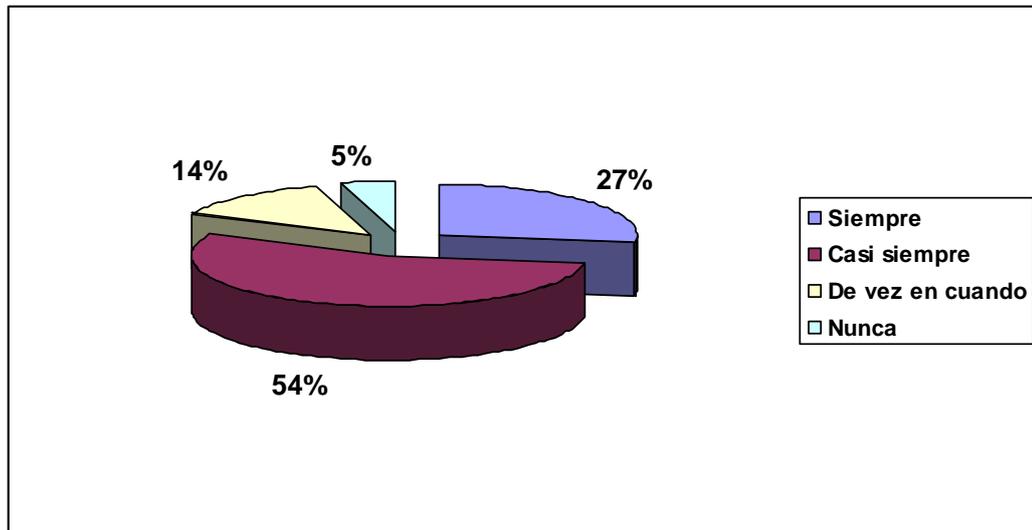
TABLA N° 19

LA DETERMINACIÓN DE ROLES Y COMPETENCIAS EN EL SERVICIO PERMITE BRINDAR ATENCIÓN CON CALIDAD, CALIDEZ Y EFICIENCIA.

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	6	27.27%
Casi siempre	12	54.54%
De vez en cuando	3	13.63%
Nunca	1	4.54 %
TOTAL	22	100

FUENTE: Encuestas elaboradas por: Torres Ximena y Satián Martha

GRAFICO N° 19



ANALISIS:

De acuerdo a la gráfica tenemos que el 54.54 % del personal opina que casi siempre se logra brindar una atención de calidad calidez y eficiencia a través de la determinación de roles y competencias, al contrario del 4.54% que opina todo lo contrario, el mismo que corresponde al personal auxiliar de enfermería quienes no comparten la idea de la determinación de roles, sin tomar en cuenta que mediante esto se puede lograr una atención integral y de calidad.

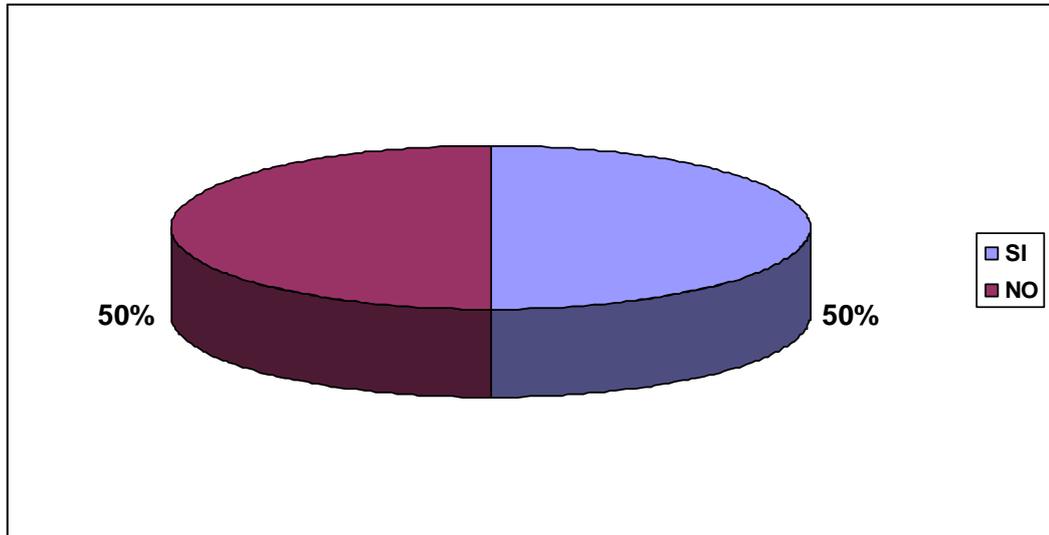
TABLA N° 20

CONOCE SI EXISTE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO.

	Frecuencia	Porcentaje
SI	11	50%
NO	11	50%
TOTAL	22	100 %

FUENTE: Encuestas elaboradas por: Torres Ximena y Satián Martha

GRAFICO N° 20



ANALISIS:

En el conocimiento de si existe o no, un protocolo de atención de enfermería para enfermedades hipertensivas inducidas por el embarazo, tenemos que el 50 % afirma que si existe, con la contrariedad de que el 50 % del personal restante opina que no, esto nos hace pensar que existe un protocolo, pero no se encuentra disposición de todo el personal de enfermería.

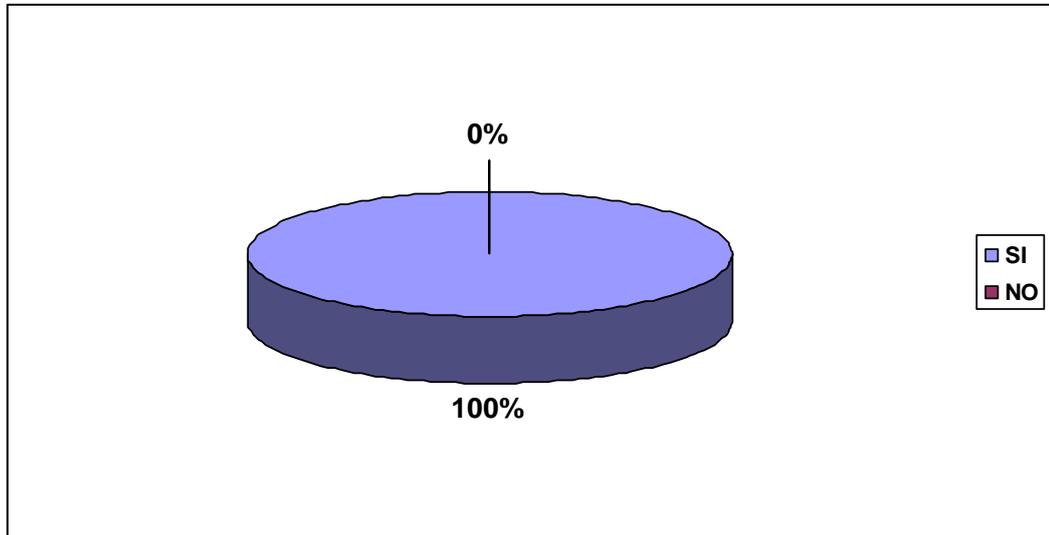
TABLA N° 21

CREE IMPORTANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN A USUARIAS CON ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO, DE ESTA CASA DE SALUD.

	Frecuencia	Porcentaje
SI	22	100%
NO	0	0%
TOTAL	22	100 %

FUENTE: Encuestas elaboradas por: Torres Ximena y Satián Martha

GRAFICO N° 21



ANALISIS:

El 100 % del personal que labora en el servicio de gineco-obstetricia manifiestan la importancia de implementar un protocolo de atención de enfermería para los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo, ya que es necesario tener un lineamiento donde basarse para evitar las complicaciones y sobre todo brindar una atención segura y de calidad .

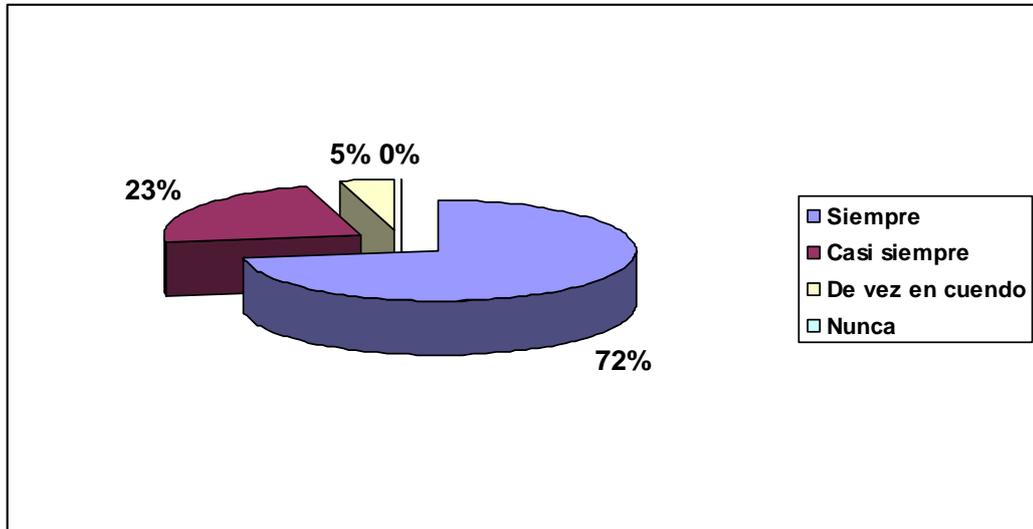
TABLA N° 22

EL CONOCIMIENTO Y EJECUCIÓN DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN BRINDARÍA EFICIENCIA EN LA ATENCIÓN A LAS USUARIAS DE ESTE SERVICIO.

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	16	72.72%
Casi siempre	5	22.72%
De vez en cuando	1	4.54%
Nunca	0	0%
TOTAL	22	100 %

FUENTE: Encuestas elaboradas por: Torres Ximena y Satián Martha

GRAFICO N° 22



ANALISIS:

De acuerdo a estos datos podemos deducir que el 72.72% del personal afirma que, siempre que se tiene conocimiento de los protocolos de atención y son llevados a cabo permiten brindar una atención eficiente, mientras que el 4.54 % manifiesta que de vez en cuando se logra la atención eficiente, independientemente del punto de vista de cada trabajador de la salud, es necesario la implementación de un protocolo de atención para enfermedades hipertensivas inducidas por el embarazo.

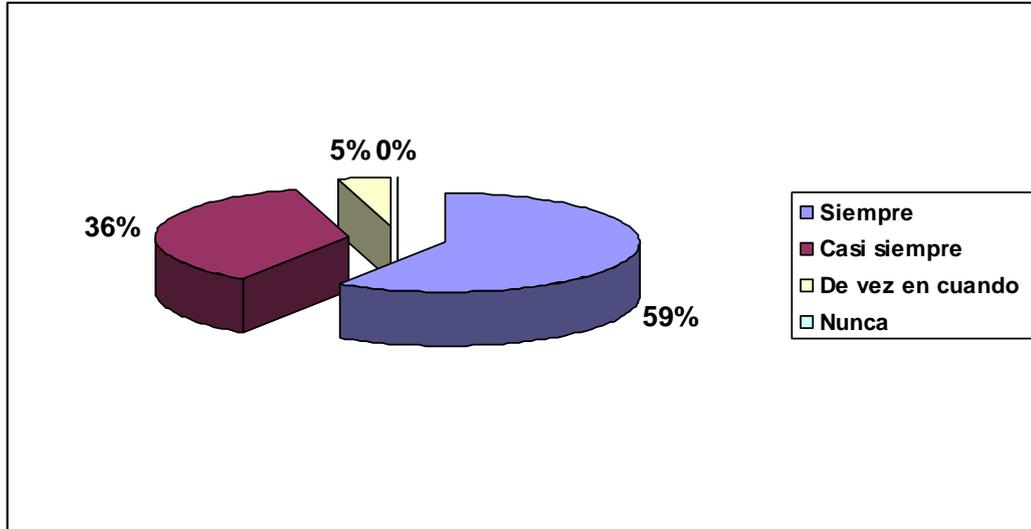
TABLA N° 23

EL CUMPLIMIENTO DE UNA REGLAMENTACIÓN INTERNA PERMITE UNA ATENCIÓN DE CALIDAD.

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	13	59 %
Casi siempre	8	36.36%
De vez en cuando	1	4.54%
Nunca	0	0%
TOTAL	22	100%

FUENTE: Encuestas elaboradas por: Torres Ximena y Satián Martha

GRAFICO # 23



ANALISIS:

El 59 % del personal que representa la mayor parte del área de Gineco-obstetricia, manifiesta que la implementación de una reglamentación interna permitiría siempre brindar una atención de calidad, ya que es necesario para mantener el orden y organización del personal con el fin de brindar un mejor servicio.

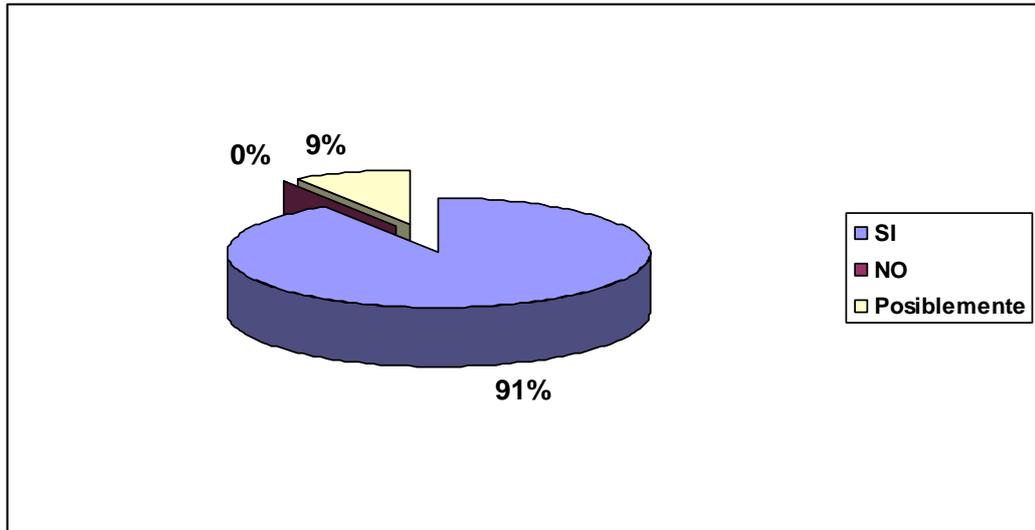
TABLA N° 24

DE EXISTIR UN PROCESO DE CAPACITACION ORIENTADO AL MEJORAMIENTO DEL SERVICIO EN ATENCION A LA USUARIA USTED PARTICIPARIA:

	Frecuencia	Porcentaje
SI	20	90.90%
NO	0	0%
Posiblemente	2	9 %
TOTAL	22	100 %

FUENTE: Encuestas elaboradas por: Torres Ximena y Satián Martha

GRAFICO N° 24



ANALISIS:

Según los datos recolectados en las encuestas realizadas al personal que labora en el área de gineco-obstetricia manifiesta que de haber cursos de capacitación para el mejoramiento del servicio en la atención a la usuaria con trastornos hipertensivos por el embarazo, si participaría el 90,9% de estos, mientras que tan solo el 9 % determina que posiblemente asistiría dependiendo de la disposición del tiempo.

RESULTADOS

Durante el periodo de investigación, encontramos 35 casos de mujeres con trastornos hipertensivos en el embarazo en un periodo de tres meses, de las cuales, el 14,28 % corresponden a mujeres con preeclampsia, esto nos indica que existe un incremento en la incidencia de trastornos hipertensivos en el embarazo, debido a la falta del control prenatal o por controles inadecuados, según manifestaron las usuarias.

En cuanto a la calidad de atención recibida por parte del personal de salud, se pudo evidenciar un alto porcentaje del 68,57% de satisfacción del usuario por la atención recibida, incluye, información, ambiente físico, limpieza, alimentación, y tiempo dedicado por parte del personal estos son factores importantes en la satisfacción de las necesidades del paciente.

De acuerdo a las encuestas realizadas al personal del servicio, para determinar la calidad de atención: tenemos como resultados que: el 59% del personal pone en práctica los conocimientos adquiridos en la formación. Las capacitaciones que se realizan son de vez en cuando, manifiesta el 72,72 % , por lo tanto el 100% del personal cree importante la aplicación de un protocolo de atención a usuarias con trastornos hipertensivos en el embarazo, que mejore la calidad de atención y a la vez disminuya los riesgos de muertes maternas y neonatales.

PROPUESTA

PROTOCOLO DE ATENCION A PACIENTES CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO

INTRODUCCION

Los Estados Hipertensivos del Embarazo son una de las complicaciones con mayor repercusión en la Salud Materna, continúan siendo una de las cuatro primeras causas de mortalidad de la mujer embarazada tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, son causa de morbilidad potencialmente grave, generalmente transitoria, pero con riesgo de secuelas permanentes como: alteraciones neurológicas, hepáticas, hematológicas o renales. Existen también repercusiones fetales como retraso de crecimiento, constituyen una de las primeras causas de prematuridad electiva tanto en interés materno como fetal.

Por ello, y dadas las dificultades de adoptar actitudes diagnósticas, pero sobre todo terapéuticas, en una enfermedad de la que seguimos desconociendo la causa fundamental, fué oportuna la realización del siguiente protocolo de atención de enfermería que servirá de guía en el tratamiento de esta patología.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENARAL

Disminuir la incidencia de los Trastornos Hipertensivos en el Embarazo y sus complicaciones, mediante la aplicación del Protocolo de atención para pacientes que presentan trastornos hipertensivos en el embarazo y acuden al servicio de Ginecología del Hospital Luís Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Dar a conocer al personal de enfermería los lineamientos en la atención a pacientes que presentan Trastornos Hipertensivos en el Embarazo.
- Fomentar una atención de calidad y calidez a las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo.
- Establecer sobre las bases de las normas científico-técnicas y criterios hospitalarios la atención de enfermería para pacientes con estos transtornos.

PRESENTACION

El protocolo de atención a pacientes con Trastornos Hipertensivos en el embarazo permite satisfacer las necesidades de atención de enfermería y capacitación sobre la conducta y descisiones que debe cumplir el personal de acuerdo al estado de salud del paciente, dotándole de conocimientos necesarios que le permitan hacer conciencia de su responsabilidad y necesidades inmediatas por el problema de salud que experimenta.

Esta iniciativa se encuentra dirigida al personal de enfermería del Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luís Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán , el mismo que tiene como finalidad, mejorar la atención de pacientes con Trastornos Hipertensivos en el Embarazo, para favorecer un proceso de vida saludable de las madres en gestación.

TRASTORNOS HIPERTESNIVOS EN EL EMBARAZO

MAGNITUD Y PREVALENCIA

La hipertensión arterial cualquiera que sea su origen, complica uno de cada diez embarazos y sigue siendo la primera causa de morbi-mortalidad tanto para la madre como para el feto.

Existen una serie de factores que favorecen la aparición de esta patología como son: edad, clase social, raza, primiparidad, embarazos gemelares, alteraciones vasculares, hidramnios, tabaco, alcohol , etc.

Se conoce que la incidencia en mujeres de más de veinticinco años con multiparidad, aumentando paralelamente la incidencia con la edad, cuando la mujer gestante ha tenido un aborto previo, parece que proporciona cierta protección frente a esta enfermedad, la incidencia de preeclampsia grave es menor en mujeres altas que en bajas.

La hipertensión arterial aparece casi en el 10% de los embarazos y la preeclampsia en el 5% de ellos, el 5% desarrollan episodios convulsivos que definen la situación de eclampsia, con una incidencia global.

La incidencia de la preeclampsia varía enormemente de unos países a otros y dentro del mismo país existe variaciones muy importantes.

La mortalidad materna para la preeclampsia es de un 5% siendo las causas más frecuentes la hemorragia intracraneal, el edema de pulmón, crisis convulsivas y fallo renal agudo. La mortalidad perinatal oscila entre 3.5 y un 35% estando en relación con las cifras de la tensión arterial de la madre, proteinuria y ácido úrico en sangre materna, siendo el abrupto placentae, asfixia fetal y complicaciones de la prematuridad las causas más habituales de fallecimiento.

DEFINICION

En gestantes normales, la tensión arterial tiende a disminuir durante la primera mitad del embarazo. La definición típica de Hipertensión arterial (mayor de 140/90 mm Hg), no puede ser siempre aplicada a las gestantes, ya que tensiones arteriales mayores de 125/75 mm Hg, antes de la 3ª semana de gestación se asocian con incremento del riesgo fetal. Más importante que los valores absolutos es el porcentaje de aumento de tensión.

Durante el embarazo se considera anormal una elevación de Tensión Arterial Sistólica mayor de 20 mm Hg, o 10 mm Hg de Tensión Arterial Diastolita.

FACTORES DE RIESGO

- ✦ Primer embarazo
- ✦ Enfermedad renal crónica
- ✦ Adolescencia
- ✦ Diabetes
- ✦ Edad materna avanzada
- ✦ Enfermedades auto inmunes
- ✦ Cambio de pareja
- ✦ Embarazo múltiple
- ✦ Intervalo prolongado entre embarazos
- ✦ Enfermedad trofoblástica gestacional
- ✦ Nivel socioeconómico bajo
- ✦ Obesidad
- ✦ Historia familiar o personal de preeclampsia
- ✦ Isoinmunización Rh
- ✦ HTA esencial

CLASIFICACION DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN EL EMBARAZO

➤ **Hipertensión inducida por el embarazo.**

Es el comienzo de la Hipertensión arterial con proteinuria y/o edema a las 20 semanas de gestación y que sede en el periodo pos parto.

➤ **Preeclampsia**

Es una patología en la que la presión arterial se eleva después de la mitad del embarazo y se asocia a edemas y pérdida de proteínas por la orina, (proteinuria).

➤ **Preeclampsia leve**

Es un desorden hipertensivo de la gestación asociado a proteinuria, edema y, en algunas ocasiones, a anormalidades de las pruebas funcionales de la coagulación y/o hepáticas. Se presenta después de las veinte semanas de gestación, pero, con más frecuencia, al final de la misma.

➤ **Preeclampsia severa**

Se caracteriza por la misma tríada con la cual se caracteriza la preeclampsia leve, pero en este caso, la Hipertensión Arterial cursa con presión arterial media superior a 126 mm Hg (160/110 mm Hg), la proteinuria excede los 5 g en orina de 24 horas y el edema es masivo, pudiendo involucrar la cara, las manos, la pared abdominal y sacra e, inclusive, generalizarse a ascitis o anasarca.

➤ **Eclampsia**

Es el desarrollo de convulsiones o coma en mujeres con signos y síntomas de preeclampsia (amnesia, dolor epigástrico, hiperreflexia o

clonus antes de una convulsión), a partir de las 20 semanas de gestación y en los 14 días siguientes del posparto.

➤ **Hipertensión arterial crónica**

Existe hipertensión arterial crónica cuando la TA es de 140/90 mm Hg antes del embarazo, o antes de la semana 20 de la gestación y persiste después de la sexta semana del parto. En este caso la hipertensión no va asociada al embarazo pero puede agravarse con él.

➤ **Hipertensión arterial crónica mas preeclampsia sobre añadida.**

La enfermedad se desarrolla en la gestación en mujeres con hipertensión moderada a grave antes del embarazo y evoluciona hacia la aparición de crisis con mayor rapidez que en otras mujeres. En este grupo se producen con frecuencia insuficiencia renal grave, abrupitio placentae y nacimiento de niños muertos.

➤ **Hipertensión arterial transitoria**

La hipertensión arterial transitoria se define como el desarrollo de hipertensión durante el embarazo o en las primeras 24 horas del posparto, sin otros signos de preeclampsia o hipertensión existente.

➤ **Síndrome Hellp**

El síndrome Hellp significa (H: hemólisis; EL: elevación de las enzimas hepáticas y LP: plaquetopenia < de 150.000/mm³), aparece en cualquier momento a partir de las 28 semanas o luego de 72 a 96 horas del nacimiento, con mínima hipertensión arterial, descenso en el conteo de plaquetas, y pequeñas elevaciones de las enzimas hepáticas.

**DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LOS TRASTORNOS
HIPERTENSIVOS INDUCIDOS POR EL EMBARAZO**

	PE/E	HA Cr.	HA Cr. + PE/E	HA Tr.
Tiempo de aparición semanas	> 20	<20	<20	>36
Paridad	primigesta	multípara	multípara	ambas
Grado de hipertensión	mod./ sev.	mod./ sev.	severa	moderada
Hiperuricemia (>5mg/día)	+	+/-	+	-
Convulsiones (eclampsia)	+	-	+/-	-
Daño renal (PE severa)	+	+/-	+	-
Daño hepático (PE severa)	+	-	+	-
Trombositopenia (PE severa)	+	-	+	-

PE/E= Preeclampsia/ Eclampsia.

HA Cr = Hipertensión arterial crónica.

HA Tr = Hipertensión arterial transitoria.

TRATAMIENTO

Tratamiento Farmacológico

1.- Tratamiento hipotensor

Fármacos de elección:

- **Hidralazina** 5 mg iv durante 1-2 min, si no hay efecto a los 10 min repetir dosis hasta un máximo de 4 dosis.

Si no hay respuesta después de administrar un total de 20 mg pasar a otro agente.

- **Labetalol** 20 a 80 mg iv, (bolo 50 mg en 2-3 min), que se puede repetir pasados 10 min hasta 4 veces.

Seguido de infusión de 60 mg/h, doblando la dosis cada 15 min hasta la obtención de respuesta o hasta alcanzar una dosis máxima de 480 mg/h y 2400/24 horas.

Pauta de mantenimiento.- Pueden adicionarse los tratamientos ante la falta de control.

- Hidralazina 10 mg/8 h. aumentando hasta 20/6 h
- Labetalol 50 mg /6 h, aumentando hasta 800/6 h.
- Metildopa 250 mg/12-8 h, aumentando hasta 750/8 h.
- Nifedipina retard 10 mg /12 h, aumentando hasta 30 mg/12 h.

2.- Tratamiento Anticonvulsivante

El tratamiento de elección para la profilaxis o el tratamiento de crisis convulsivas asociadas a preeclampsia es el sulfato de magnesio. Diferentes ensayos clínicos han demostrado la superioridad del sulfato de magnesio ya que reduce la aparición o recurrencia de crisis convulsivas respecto a Diazepan (57%) y fenitoina (67%), con disminución de la mortalidad materna. Hay que recordar que es un medicamento muy efectivo pero también peligroso sin un control estricto de su dosificación y de los criterios clínicos de sus efectos tóxicos, ya que podría producir un paro cardiorespiratoria.

Indicaciones:

- **Preeclampsia grave:** no hay datos concluyentes acerca de si el sulfato de magnesio debe utilizarse en todos los casos de preeclampsia grave, especialmente en aquellos casos con cifras límites en el rango de la hipertensión grave y en los que la hipertensión se controla rápida y fácilmente. Ante la duda, se considera siempre razonable iniciar tratamiento.

a) Dosis de carga: 4 g iv. en 5-20 minutos.

b) Mantenimiento: 1g/hora inicialmente, ajustando la dosis en función de los controles

- **Eclampsia:** El sulfato de magnesio ha demostrado en amplios estudios su utilidad en la prevención de nuevas crisis en las pacientes con eclampsia, por lo que su administración esta indicada en todos los casos.

a) Dosis de carga: 4 a 6 g i.v. en 5-20 minutos.

b) Mantenimiento: 2 g/hora inicialmente, ajustando la dosis en función de los controles

Consideraciones adicionales:

– **Oliguria:** la eliminación puede estar disminuida y requiere un control estricto, y un ajuste de la dosis.

– **Posparto:** el tratamiento debe mantenerse un mínimo de 24-48 horas después de la normalización de la presión arterial y de cualquier otro signo de gravedad, por la persistencia del riesgo de convulsiones.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Frente a una paciente con trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo los pasos a seguir son:

INFORMAR A LA PACIENTE

- Explicar lo que es la hipertensión.
- Explicar lo que es la máxima y la mínima variabilidad de la tensión arterial según la edad y las circunstancias.
- Explicar las consecuencias de la enfermedad.
- Recalcar la cronicidad de la hipertensión y la eficacia del tratamiento.
- Correcto seguimiento del tratamiento y de las dietas.
- Indicar la importancia del tratamiento establecido.
- Remarcar la importancia de la dieta hiposódica.
- Señalar la importancia de la restricción de las grasas.
- Importancia del riesgo de asociación de tabaco y alcohol con la hipertensión arterial.
- Ejercicio físico propio para cada edad gestacional.
- Cumplimiento de los controles periódicos, señalar su importancia.
- Informar de su contenido y exploraciones que se realizarán.

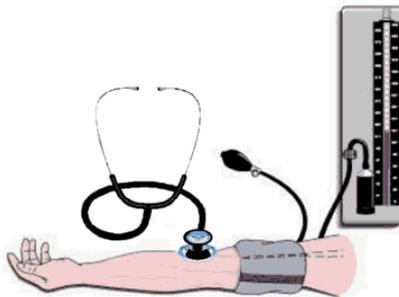
ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

- Toma de datos de información.
- Toma de signos vitales (T/A, pulso, respiración, temperatura) y medidas antropométricas (peso y talla).
- Traslado a la paciente a un medio físico adecuado (cuarto oscuro).
- Verificación de indicaciones medicas.
- Nada por vía oral NPO.
- Administración de dextrosa en agua al 5% 1000cc, mas cinco ampollas de sulfato de magnesio.
- Pasar 6 gr en bolo y 1 gr por hora intravenoso.
- Control de tensión arterial cada 5 minutos, dependiendo si la presión arterial si es mayor a 140/90 se administrara 5mg de aprezoline intravenoso en bolo hasta que la presión arterial diastolita disminuya a 90 m.m Hg.
- Control de ingesta y eliminación.
- Control de permeabilidad: sonda vesical.
- Control de diuresis horaria.
- Control de actividad uterina y frecuencia cardiaca fetal.
- Peso diario si su condición lo permite.
- Dependiendo de la inestabilidad o estabilidad de la presión arterial, previa valoración medica, se determina si se mantiene o no el embarazo.
- Si se mantiene la paciente es dada de alta con prescripción médica y si debe dar por terminado el embarazo cumplido o no la edad

gestacional se realizara la cesárea o la inductoconducción para parto eutocico.

- Realizar los reportes de enfermería correspondientes.
- Después de realizado el parto verificar si la presión arterial vuelve a sus valores normales.
- Si la presión arterial vuelve a sus valores normales la paciente es dada de alta caso contrario se mantendrá en observación de acuerdo a criterio medico.

ASPECTOS FUNDAMENTALES PARA TOMA DE LA TENSION **ARTERIAL**



- 1.- Intente que la mujer se relaje antes de tomarle la presión arterial.
- 2.- Realice una medición con la mujer sentada y utilice el mismo brazo para todas las mediciones.
- 3.- Haga que el brazo descanse sobre una mesa a nivel del corazón.
- 4.- Valore el nivel próximo de presión sistólica con el método de palpación antes de realizar la medición.

5.- Mantenga una tasa de desinflado lenta y sostenida.

6.- Haga un promedio de dos lecturas con por lo menos seis horas de diferencia para minimizar las variaciones de las presiones registradas en el tiempo.

7.- Use un equipo apropiado.

CONSEJOS PARA PACIENTES CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO

Ⓢ Educar sobre la importancia de acudir constantemente a los controles prenatales en intervalos de 2 a 3 veces por semana dependiendo del caso.

Ⓢ Explicar sobre la importancia de la enfermedad y el cumplimiento del tratamiento ya sea en el domicilio o en el hospital.

Ⓢ Enseñar a las pacientes la aparición de señales de alarma como:

- Alteraciones visuales (visión borrosa o percepción de manchas).
- Vértigo.
- Cefalea persistente que no cede con analgésicos suaves.
- Edema facial, en las manos o en las piernas al levantarse de la cama.
- Cambios en el color, consistencia y volumen de la orina.

Ⓢ Se debe desaconsejar tajantemente el hábito de fumar cigarrillos, o el consumo de alcohol ya que favorece la vasoconstricción.

Ⓢ Aconsejar el aumento del reposo en cama ya sea de lado derecho o izquierdo alternadamente.

Ⓢ Indicar que debe valorar todos los días la actividad del bebé, la disminución de la misma puede indicar sufrimiento fetal.

Ⓢ El ejercicio suave como amplitud de movimientos, estiramientos es importante para mantener el tono vascular, el flujo sanguíneo, la regulación de la función intestinal y una sensación de bienestar.

Ⓢ Las técnicas de relajación pueden ayudar a reducir el estrés asociado con la situación de alto riesgo y preparar a la mujer para el parto.

Ⓢ Es preciso que la mujer comprenda la importancia de cumplir con:

- El reposo adecuado.
- Una dieta rica en proteínas con 80 a 100g / día, evitar los alimentos abundantes en sodio.
- Consumir alimentos con fibra como integrales, frutas crudas y vegetales.
- El aumento de la ingesta de líquidos por vía oral a 2.500 o 3.000 ml por día.

Ⓢ Ante la aparición de cualquier signo de alarma acudir de inmediato al área de salud.

El seguimiento de estas instrucciones y la realización de controles prenatales frecuentes pueden evitar que la enfermedad progrese hacia fases mas graves evitando así complicaciones posteriores tanto para la madre como para el niño.

CONCLUSIONES:

- ✘ Mediante la creación e implementación de el protocolo de atención a usuarias con trastornos hipertensivos del embarazo tratamos de implementar medidas que ayuden a mejorar la calidad de atención sobre todo a disminuir las complicaciones materno- fetales evitando así muertes inesperadas.
- ✘ La utilización de medidas preventivas ayudan a disminuir complicaciones posteriores es por esto que hemos visto la necesidad de crear un protocolo atención que mejore el desempeño profesional de enfermería y a la vez brinde ayuda en la atención a usuarias que presenten esta patología.

RECOMENDACIONES:

- ✘ Se recomienda dar un uso adecuado de este protocolo que se ha elaborado con el fin de mejorar la atención de calidad y calidez a cada una de las usuarias que presentan transtornos hipertensivos inducidos por el embarazo y que acuden al Hospital Luis Gabriel Dávila para su atención.
- ✘ Recomendamos acoger de la mejor manera, implementar en el servicio de gineco-obstetricia y a la vez dar a conocer al personal que labora en esta casa de salud, para lograr el mejoramiento conjunto de una atención de calidad temprana y oportuna.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Autores varios, Manual de Enfermería Zamora, Primera edición, Editores Zamora, Colombia (2006).
- 2.- Autores Varios, Manual de Organización del Departamento de Enfermería hospital Luís Gabriel Dávila, Segunda Edición Tulcán- Ecuador, 2004. Pag: 13-91
- 3.- Dickason, Schult, Silverman, Enfermería Materno Infantil- Editorial Doyma España SA- 2002. Pag: 515 - 540
- 4.- Jean, E. Enfermería Materno Infantil.- Editorial Mosby, Madrid – España (2003).

IV.- MARCO ADMINISTRATIVO

4.1 RECURSOS

4.1.1 RECURSOS HUMANOS

- Usuarías que asistieron al Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luís Gabriel Dávila por presentar trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo en el periodo de Abril – Octubre del 2007.
- Dos investigadoras.
- Directora de tesis.
- Tres expertos que conocen sobre los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo..

4.1.2 RECURSOS MATERIALES

- Copias	\$ 150
- Material de escritorio	\$ 200
- Procesamiento de la información	\$ 200
- Original tipificado	\$ 200
- Réplica y copias	\$ 150
- Empastado	\$ 120
- Otros (Internet, fotografías, pasajes, etc.)	\$ 200

4.1.3 PRESUPUESTO **\$1220**

5.1 CONCLUSIONES

- De acuerdo al estudio realizado sobre la calidad de atención brindada a usuarias con trastornos hipertensivos de embarazo que asistieron al Hospital Luís Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán, da a conocer que el servicio prestado es muy satisfactorio, en cuanto al trato, limpieza, aseo y alimentación, de la misma manera, existe una parte de la población que muestra cierto descontento, debido situaciones negativas que se crean en toda casa de salud que posee una gran demanda de usuarias.
- Una de las principales cualidades que debe tener el personal de salud es el liderazgo dentro de cada uno de los servicios, mismo que permite la toma de decisiones en circunstancias delicadas, como puede ser en el caso de cualquier complicación de las usuarias durante su estancia en el Hospital, el liderazgo es una característica esencial para brindar una atención de calidad y calidez.
- Gracias a la codificación de la ley de maternidad gratuita, las madres gestantes con trastornos hipertensivos del embarazo pueden ser atendidas gratuitamente en cualquier casa de salud que pertenesca al MSP, los recursos que son dirigidos a este tratamiento son manejados por el personal de salud para su optimización y administración.
- Según los datos obtenidos de esta investigación se ha demostrado que el ambiente laboral es inadecuado, por una falta de comunicación, respeto y consideración por gran parte del personal, impidiendo lograr el trabajo en equipo dentro de la institución.
- Tomando en cuenta los resultados obtenidos de las encuestas dirigidas al personal de salud, se cree conveniente la implementación de normas y sobre todo de un protocolo de atención exclusivo de enfermería para la atención de mujeres que presentan trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo, que permita una atención segura y continua.

- Mediante la investigación realizada se pudo determinar un aumento en la incidencia de los trastornos hipertensivos en el embarazo, ya que en un periodo de tres meses se encontraron 35 casos de mujeres gestantes que presentaron signos y síntomas de hipertensión arterial, de cuales: 25 corresponden a Preeclampsia, 4 a Hipertensión arterial transitoria, 3 a Hipertensión arterial crónica, 2 a Eclampsia y 2 casos de Hipertensión arterial crónica más preeclampsia sobreañadida.
- En cuanto al tiempo de espera para ser atendidas las usuarias con trastornos hipertensivos en el embarazo, fué en un 14 % demorado, esto se debe a la gran demanda de pacientes que tiene esta casa de salud y la escasez de personal profesional que tiene el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luís Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán.
- Se determinó el porcentaje de satisfacción del usuario en un 68 %, luego de su atención, la misma que se pudo evidenciar mediante la evolución del paciente y manifestación propia de las usuarias.
- En base a la encuesta dirigida al personal se pudo determinar la importancia de diseñar un protocolo de Atención a usuarias que presentan trastornos hipertensivos en el embarazo, y la aceptación del mismo para la aplicación de estos lineamientos fue en un 100 % que manifestaron los miembros del equipo de salud.

5.2 RECOMENDACIONES

- Se debe, procurar una mejor organización, del servicio, mediante la dotación de un cierto número de personal que permita brindar el tiempo requerido de acuerdo a las demandas de las pacientes para lograr satisfacer sus diversas necesidades.
- Se debe motivar las relaciones interpersonales para lograr el trabajo en equipo y mejorar el ambiente laboral que se refleje en la atención de calidad brindada a las usuarias.
- El apoyo que brinde el equipo de salud a cada persona que lo integra permite llevar a cabo el liderazgo de un servicio con el fin de tomar decisiones acertadas cuando lo requiera.
- Se recomienda al personal de salud actualizarse constantemente para dar a conocer la información necesaria sobre los tratamientos y procesos que se realizan a cada una de las usuarias con el fin de obtener una buena colaboración por parte de las pacientes y evitar problemas posteriores por la mala información que se les proporciona.
- Se recomienda organizar talleres de capacitación al personal con el objetivo de actualizar nuevos conocimientos y así brindar una atención de calidad total, la misma que disminuirá las complicaciones tanto maternas como fetales.
- Se recomienda al personal de salud brindar una atención esmerada, con sentido humanístico y el respeto de los valores, para lograr así la confianza del usuario y aumentar el prestigio y recomendaciones de la institución.

5.3 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

5.3.1 FUENTES BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.- Autores varios, Manual de Enfermería Zamora, Primera edición, Editores Zamora, Colombia (2006).
- 2.- Autores Varios, Manual de Organización del Departamento de Enfermería hospital Luís Gabriel Dávila, Segunda Edición Tulcán-Ecuador, 2004. Pag: 13-91
- 3.- Dickason, Schult, Silverman, Enfermería Materno Infantil- Editorial Doyma España SA- 2002. Pag: 515 - 540
- 4.- Jean, E. Enfermería Materno Infantil.- Editorial Mosby, Madrid – España (2003).
- 5.- Koniak, Martín, Reeder Enfermería Materno Infantil Copyright México 2002.
- 6.- López, Jaramillo Patricio Hipertensión Inducida por el Embarazo Primera Edición 2003.
- 7.- Lowdermilk, P. Enfermería Materno Infantil.- Editorial Océano, Bogotá – Colombia (2005). Pag: 726 -750
- 8.- Paganini José Maria. Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria. Organización Panamericana de la salud 2003. Pag: 80
- 9.- Tomey Marriner Ann Administración y Liderazgo en Enfermería- Quinta Edición Madrid España 2003. (Pag: 464 - 486

5.3.2 FUENTES ELECTRONICAS:

- 10.- html.rincondelvago.com/trastornos-hipertensivos-embarazada.html.
- 11.- <http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol44-3-4-05/medlo3-405.htm>
- 12.- <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v44h3-4/med103-405.pdf>
- 13.- <http://www.conarec.org.ar/revista/65/hiperembarazo.pdf>
- 14.- <http://www.fecolsog.org/shococontent.asp?contentic=152&channe/zd=118>
- 15.- <http://www.gfner.ch/fdvacion-medica-Es/paf/hipertension-embarazo2005.pdf>.
- 16.- <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v55n4/v55n004.pdf>.
- 17.- <http://www.slicsalud.com/dato/dt033/03828026.htm>.
- 18.- http://www.unouves/esobstetriciaginecologia/obstetricia/hipertension.ppt2691_HIPERTENSIONYEMBARAZO
- 19.- <http://www.vela.edu.ve/dmedicin/postgrado/CCT-UCLA/RESUMEN-%2053%20DM-%20ortegailo20Maura.pdf>

ANEXOS

UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA

ENCUESTA DIRIGIDA AL USUARIO

ENTREVISTA ESTRUCTURADA DE CALIDAD, EFICIENCIA Y CALIDEZ QUE BRINDA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA A LAS PACIENTES HOSPITALIZADAS.

Estimada paciente, la presente entrevista de carácter anónimo tiene como propósito realizar un diagnóstico de la calidad, eficiencia y calidez de atención que se brinda a la usuaria hospitalizada en el servicio de Ginecología y obstetricia de esta casa de salud.

1.- Para su atención de salud acudió al Hospital Luís Gabriel Dávila por:

- a.-** Su ubicación.
- b.-** Su prestigio
- c.-** Sus costos
- d.-** Referencias personales
- e.-** Emergencia

2.- El tiempo de espera para recibir atención desde su llegada al hospital fue:

- a).-** 5- 10 min.
- b).-** 10-15 min.
- c).-** 15min – más.

3.- El trato que recibe del personal que labora en el área de gineco-obstetricia es:

- a.-** Muy satisfactorio
- b.-** Satisfactorio

- c.-** Poco satisfactorio
- d.-** Deficiente

4.- El ambiente físico, limpieza, alimentación, es:

- a.-** Muy satisfactorio.
- b.-** Satisfactorio
- c.-** Poco satisfactorio.
- d.-** Deficiente

5.- El desempeño profesional de enfermería a nivel general es:

- a.-** Muy satisfactorio.
- b.-** Satisfactorio
- c.-** Poco satisfactorio.
- d.-** Deficiente

6.- Los costos de atención son:

- a.-** Muy altos.
- b.-** Altos.
- c.-** Moderados
- d.-** Bajos

7.- El tiempo que dedica el personal medico y de enfermería en atención a sus requerimientos es:

- a.-** Amplia
- b.-** Escasa
- c.-** Muy limitado
- d.-** Inexistente

GRACIAS POR SU VALIOSO APORTE.

UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA

ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL DEL SERVICIO

LA PRESENTE ENCUESTA DE CARÁCTER ANONIMO TIENE COMO PROPOSITO REALIZAR UN DIAGNOSTICO DE LA CALIDAD, EFICIENCIA Y CALIDEZ QUE BRINDA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL LUIS GABRIEL DAVILA .

Encierre en un círculo el literal importante en su apreciación personal.

1.- En su criterio existe un comité interno que se encarga del mejoramiento continuo de la calidad de atención.

- a.-** Si
- b.-** No
- c.-** No tengo conocimiento.

2.- En su criterio personal existe liderazgo considerando al personal en su nivel general.

- a.-** Si
- b.-** No

3.- La intercomunicación entre el personal es fluida, hay compañerismo, respeto y consideración.

- a.-** Si
- b.-** No
- c.-** A veces
- d.-** Nunca

4.- En su criterio calidad es:

- a.-** Actuar bajo indicadores definidos de servicio.
- b.-** Estar puntual en el área de trabajo.
- c.-** Conocer los protocolos de atención.
- d.-** Demostrar en la práctica los conocimientos adquiridos en la formación.

5.- En su criterio calidez es:

- a.-** Brindar atención a la usuaria con actitud de vocación y amor.
- b.-** Demostrar los conocimientos adquiridos en la práctica.
- c.-** Tratar con cortesía al paciente.
- d.-** Actuar en todo momento bajo principios de trabajo en equipo y competencia en la práctica de los valores.

6.- En su criterio eficiencia es:

- a.-** Brindar atención optimizando los recursos.
- b.-** Brindar atención sin importar los recursos que sean necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- c.-** Actuar en el servicio bajo normas establecidas.
- d.-** Trabajar en grupo.

7.- El ambiente laboral es.

- a.-** Excelente
- b.-** Muy bueno
- c.-** Bueno
- d.-** Deficiente

8.- El desempeño del personal de enfermería a nivel general es:

- a.-** Excelente
- b.-** Muy bueno
- c.-** Bueno
- d.-** Deficiente

9.- La capacitación al personal que labora en el servicio de ginecología y obstetricia es:

- a.-** Permanente
- b.-** Casi permanente
- c.-** De vez en cuando
- d.-** Nunca

10.- el trabajo en equipo es una estrategia que permite el desarrollo profesional, personal y grupal, evidenciando logros importantes en la atención a la usuaria.

- a.-** Siempre
- b.-** Casi siempre
- c.-** De vez en cuando
- d.-** Nunca.

11.- La determinación de roles y competencias en el servicio permite brindar atención con calidad, calidez y eficiencia.

- a.-** Siempre
- b.-** Casi siempre
- c.-** De vez en cuando
- d.-** Nunca

12.- Conoce usted si existe un protocolo de atención de enfermería para enfermedades hipertensivas del embarazo.

- a.-** Si
- b.-** No

13.- Cree importante la implementación de un protocolo de atención a usuarias con enfermedades hipertensivas del embarazo, de esta casa de salud.

a.- Si

b.- No

14.- El conocimiento y ejecución de protocolos de atención brindaría eficiencia en la atención a las usuarias de este servicio.

a.- Siempre

b.- Casi siempre

c.- De vez en cuando

d.- Nunca

15.- El cumplimiento de una reglamentación interna permitiría una atención de calidad.

a.- Siempre

b.- Casi siempre

c.- De vez en cuando

d.- Nunca.

16.- De existir un proceso de capacitación orientado al mejoramiento del servicio en atención a la usuaria usted participaría.

a.- Si

b.- No

c.- Posiblemente.

GRACIAS POR SU VALIOSO APOORTE.

IMAGENES



Grafico # 1: Pte que presenta signos de trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo, se inicia el tratamiento con la fase de impregnación del SO_4Mg : 6 amp de SO_4Mg en 500cc de Dx en H_2O al 5 % en 30 min.



Gráfico # 2: Pte, preecláptica , se inicia control de ingesta y eliminación , mediante la colocación de sonda vesical.



Grafico # 3: Ambiente físico adecuado para pacientes con trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo



Fuente: Cortesía de Microsoft Encarta

Gráfico # 4: Paciente ecláptica minutos después haber convulsionado; notese el gran edema del rostro y de la lengua, que además manifiesta lesiones por mordida durante las convulsiones.



Fuente: Microsoft Encarta

Gráfico # 5: Periodo de recuperacion, semanas despues del evento. La paciente requirió traqueostomia y alimentacion por sonda

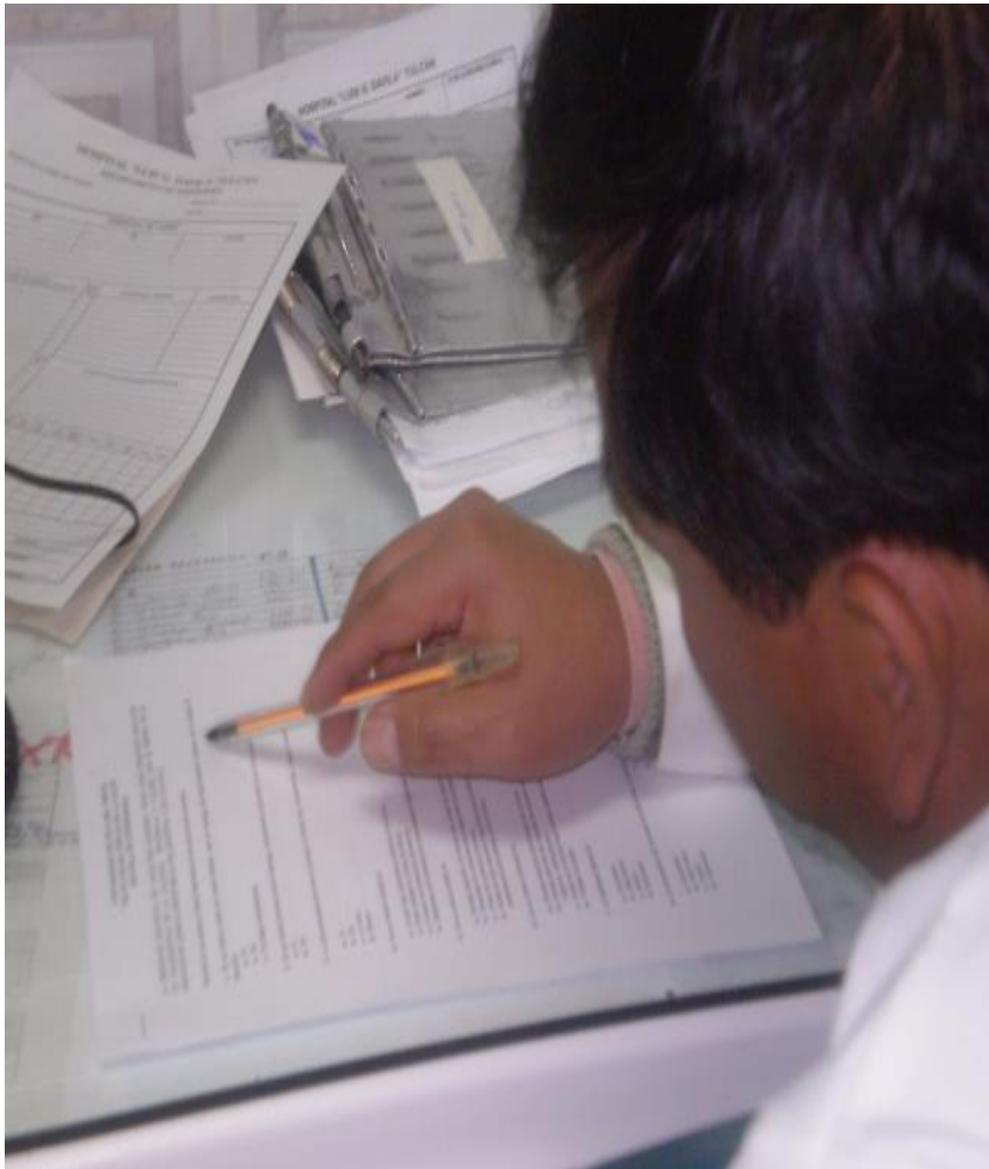


Gráfico # 6: Levantamiento de encuestas dirigidas al ppersonal de salud que labora en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital KLuis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán..